Avant propos

Il était une fois.....

Il était une fois, une infirmière diplômée depuis huit ans qui décide de reprendre les études en se spécialisant dans le domaine de l'anesthésie. Sur les bancs de l'école on m'annonce qu'il faut réaliser un travail d'intérêt professionnel sur un sujet qui nous intéresse. Très bien, commençons donc par les présentations. Je m'appelle Fanny, mes amis me voient comme une personne dynamique et communicative.

J'ai un parcours professionnel peu commun, non sur l'exercice propre de ma profession mais plutôt sur son caractère itinérant. J'ai travaillé dans les départements d'outre mer. Le voyage est pour moi important. Je trouve qu'il met en lien les individus, autorise la rencontre avec autrui. Il me permet de découvrir d'autres cultures, d'autres manières de penser, d'autres organisations de travail. La vie et le travail sur une île sont très différent des us et pratiques de la métropole. L'éloignement géographique influe sur la consommation et l'activité de l'île. Cette distance nécessite une anticipation et une organisation rigoureuse du quotidien.

Dans le domaine hospitalier, il en est de même. Il faut savoir travailler avec ce qui a été livré et composer avec ce que l'on n'a pas. De ce fait le travail est abordé différemment, il faut réfléchir, anticiper et être ingénieux. Par ailleurs le contact avec la population locale m'initie à leur culture. Celle-ci est très divergente de la culture judéo-chrétienne européenne, en ce qui concerne l'approche corporelle (peu de pudeur), les croyances animistes, et la familiarité existante entre soignants et patients.

Toutes ces particularités sont enrichissantes pour moi tant sur le plan professionnel que personnel.

Dés l'obtention de mon diplôme d'infirmière je suis allée m'installer un an sur l'île de la Réunion ou j'ai travaillé en clinique, essentiellement en soins intensifs post opératoire. J'ai rapidement apprécié la sécurisation qu'apportent les patients sous surveillance cardioscopique. Je trouve rassurant de pouvoir intervenir immédiatement. La surveillance continue me permet de travailler en confiance, du fait de la présence des alarmes et parce que les patients sont toujours dans notre champ visuel. Maintenant, la spécialité d'anesthésie me confirme cet aspect sécuritaire.

Puis pour des raisons personnelles je suis revenue en métropole ou j'ai exercé en tant qu'intérimaire sur Marseille et la Corse. Très vite mon envie de retourner sous les tropiques nous a fait déménager sur l'île de la Guadeloupe. Pendant trois ans j'ai travaillé en salle de soins post interventionnelle (SSPI).

La révélation professionnelle !

La salle de surveillance post interventionnelle communément appelée salle de réveil à été pour moi le lieu de mon épanouissement. Je trouvais ma place dans une spécialité ou le relationnel était aussi important que la technicité. Une partie de la salle était dédiée à l'accueil des patients, je réalisais les interrogatoires et posais les voies veineuses périphériques. La seconde partie de cette salle était réservée à la surveillance des patients intubés ou non en post opératoire immédiat. Il n'y avait pas d'infirmière anesthésiste (IADE), ni au bloc opératoire ni en salle de soins post interventionnelle. Les médecins anesthésistes ont donc pris en charge ma formation. Leur pédagogie et leur enseignement ont été de qualité. Ils ont su développer mes compétences et cela m'a permis de prendre de l'assurance et de l'autonomie dans mon travail. Leur confiance s'est alors installée et je me suis révélée.

Et c'est à force de réveiller des patients qu'un beau jour je me suis dit : « Et si je les endormais ! » Prémices d'une idée murissante !

De retour à Lyon j'ai repris l'intérim, en prenant des missions en salle de SSPI et au bloc opératoire en tant que faisant fonction d'infirmière de bloc opératoire, pendant deux ans.

Deuxième révélation : l'univers du bloc !

En tant qu'infirmière faisant fonction d'infirmière de bloc opératoire (IBODE), je me suis retrouvée dans un monde parallèle, fait de matériels divers et variés. Très différent de ce que j'avais l'habitude de faire. J'ai aimé mettre en oeuvre simultanément mes activités et compétences techniques, organisationnelles et relationnelles en vue de garantir des soins de qualité. C'est dans cet environnement professionnel que j'ai pris l'ampleur de la nécessaire collaboration IADE/IBODE. En particulier dans le but d'assurer une meilleur prise en charge du patient. L'observation de la spécialité d'infirmière IADE s'est déroulée dans ce laps de temps. A leur contact et au travers de notre collaboration j'ai terminé mon cheminement.

Me voilà donc étudiante, avec les inquiétudes et l'excitation inhérentes à tout grand changement.

Pour terminer cet avant propos je soulignerai que l'expérience si particulière que j'ai vécue me permet aujourd'hui d'appréhender le patient dans sa globalité.
Ce recul me permet de constater que la prise en charge des patients et les organisations de travail sont très diversifiées. Leurs disparités m'interpellent.

Introduction

Le bloc opératoire constitue un élément essentiel du plateau technique d'un hôpital. En raison de sa haute technicité, de l'investissement qu'il représente, de l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise, des enjeux sécuritaires qu'il impose, il est considéré comme un service à part. Il est le lieu de concentration de nombreuses spécialités médicales et paramédicales. Cette pluridisciplinarité a un objectif commun : le patient.
Elle implique donc la nécessité d'une communication ciblée afin de coordonner l'ensemble des soins prodigués. L'objectif étant de limiter les erreurs de procédure chirurgicale (coté à opérer, identité du patient, évènement indésirable) et d'optimiser les temps opératoires. L'intensité du travail et la diversité des actes imposent à ce lieu une organisation rigoureuse et une complémentarité des membres de l'équipe.

De par mon expérience professionnelle et depuis que je suis étudiante, j'ai un regard extérieur aux équipes qui me permet de prendre du recul sur la pratique d'accueil des patients. J'ai pu constater des disparités de prise en charge qui m'interpellent.

Dans certains blocs opératoires l'accueil du patient s'effectue en deux temps. Les équipes chirurgicales et d'anesthésie viennent se présenter séparément et effectuent l'interrogatoire sécuritaire. Les IADE et les IBODE viennent chercher les informations se rattachant à leur domaine de compétence. Au vu des informations recueillies le personnel infirmier s'occupe d'organiser la suite de l'intervention.
Un matin, après avoir accueilli une patiente devant subir une intervention neurochirurgicale sous navigation 3D, et porteuse d'une prothèse de hanche, un évènement indésirable est survenu. La patiente était très anxieuse quant au bon déroulement de son intervention, mais également par le fait qu'elle répétait régulièrement de quel coté se trouvait la tumeur. J'ai alors noté un certain agacement de sa part et un regard interrogateur cherchant une explication rassurante.
La patiente est endormie en salle d'induction. Puis au moment de son transfert en salle d'opération l'équipe chirurgicale indique qu'elle n'a pas les clichés de l'IRM (imagerie à résonance magnétique). Après deux heures de recherche, la patiente est installée. Au moment de coller la plaque de bistouri, l'aide soignant n'étant pas informé de la présence d'une prothèse de hanche se trompe de coté.

Au vu de cette situation je constate :

- que l'accueil a engendré beaucoup de redites pour la patiente,
- que son anxiété a été majorée,
- un défaut d'organisation impliquant une induction en absence de clichés obligatoires et entraînant de ce fait un retard d'intervention,
- un défaut de communication : l'équipe soignante a une connaissance partielle du patient.

Dans ce cas je note que les vérifications nécessaires à une prise en charge sécuritaire sont incomplètes. Chaque équipe suit sa procédure en parallèle et indépendamment l'une de l'autre. L'échange d'information n'a pas eu lieu. Cette organisation semble donc favoriser un travail *pluri*disciplinaire.

En revanche dans d'autres établissements l'accueil s'effectue en salle d'opération en présence de toute l'équipe. Les questions et les réponses sont audibles par les autres personnels présents en salle d'opération (chirurgien, anesthésiste, aide soignant ou brancardier). Leur confirmation ou leur infirmation est immédiatement rectifiée par l'équipe médicale. Ainsi tout le personnel prend connaissance des particularités du patient et peut adapter sa prise en charge. L'induction a lieu lorsque tous les corps de métiers sont prêts. De ce fait le patient bénéficie de plus de sécurité et de prévention des risques, car doubler les vérifications (installation, points d'appuis, plaque de bistouri...) et analyser les données permet de minimiser les erreurs.

Lors d'une prise en charge d'une patiente venue pour une hernie discale lombaire, plusieurs évènements sont survenus. L'accueil s'effectue dans une salle d'opération en présence de toute l'équipe. Tout d'abord lors de l'interrogatoire nous constatons une divergence sur la localisation du site opératoire. Le dossier indique une hernie cervicale, le chirurgien a indiqué la même chose, la patiente apeurée nous informe qu'il faut l'opérer d'une hernie lombaire (l'hernie cervicale ayant déjà été opérée il y a deux mois). Rapidement l'ensemble du personnel cherche à rassurer la patiente, le chirurgien s'excuse d'avoir inversé les dossiers. Puis elle nous informe de son intolérance à la solution bétadinée. Le personnel présent prend note de cette particularité et modifie immédiatement le protocole d'antisepsie qui n'est pas standard.

Au vu de cette situation je constate :

- la réalisation d'un interrogatoire commun clair et audible par tous,
- une collaboration ayant permis de régler une situation potentiellement délétère,
- une communication ayant favorisé la transmission des informations et permis l'adaptation de la prise en charge,
- une organisation réactive.

Ainsi l'accueil est ici une démarche de réflexion commune. Chaque membre du personnel travaille dans le but d'optimiser la prise en charge et d'améliorer la qualité des soins. Le travail s'effectue en collaboration et permet ici d'éviter une erreur. Cette organisation favorise un travail *inter*disciplinaire.

Je constate donc que l'accueil sécuritaire est pratiqué différemment suivant les structures. Celui ci n'est ni protocolisé, ni consigné. De ce fait il est susceptible d'entrainer des erreurs au sein d'une équipe où la communication fait défaut. Ainsi je me demande comment une organisation de travail peut modifier notre prise en charge et comment elle peut influencer notre collaboration.

Le travail dans le secteur de la santé répond aux missions de service public. Ainsi l'hôpital garantit la continuité des soins et l'accès à tous. Par conséquent le travail doit être organisé pour garantir cette mission de service public.
Selon l'encyclopédie libre Wikipédia, nous pouvons définir l'« organisation » comme étant :

- « un ensemble d'individus,
- *regroupés au sein d'une structure régulée,*
- *ayant un système de communication pour faciliter la circulation de l'information,*
- *dans le but de répondre à des besoins et d'atteindre des objectifs déterminés.»*[1]

1 Encyclopédie libre Wikipédia, Organisation, disponible sur http://fr.wikipedia.org/, consulté le 26/04/10

Ainsi, à l'hôpital le personnel médical et paramédical partagent et communiquent entre eux afin d'aménager leur travail et prendre en charge le patient. L'organisation s'impose comme la base du travail pour atteindre un objectif.

Au bloc opératoire l'organisation tente aussi de « *faciliter les flux et d'atteindre des objectifs déterminés »*[2] notamment dans l'amélioration des prises en charges. Celle ci s'appuie entre autre sur la communication et la collaboration des équipes.

Le terme communication « *provient du latin «communicare» qui signifie mettre en commun. Elle peut donc être considérée comme un processus pour la mise en commun d'informations et de connaissances. Elle établit une relation avec autrui. La communication regroupe l'ensemble des moyens et des techniques permettant la diffusion de message.»*[3]
Ainsi, à l'hôpital, la communication est d'autant plus importante qu'il y a une mixité professionnelle et des compétences variées. Il est donc nécessaire d'établir une communication avec un langage commun afin de pouvoir travailler pour le même objectif.

Travailler pour le même objectif est en fait la définition de la collaboration, c'est à dire « *l'interaction de plusieurs acteurs pour la réalisation de tâches qui visent à atteindre un but commun.»*[4]

Cette collaboration peut s'exercer à travers plusieurs méthodes de travail. Au sein de l'hôpital elle s'exprime surtout par deux concepts :

- Tout d'abord le travail peut être *pluri*disciplinaire.

« *Il s'agit de faire coexister et juxtaposer le travail de plusieurs disciplines et ainsi d'utiliser leur complémentarité pour résoudre un problème*. »[5] Il y a ici des approches parallèles et une addition des contributions spécifiques.

2 Ibid.

3 Ibid.

4 Ibid.

5 Ibid.

- Ou bien, le travail peut être *inter*disciplinaire.

C'est à dire qu'il « *suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines.*»[6] Il y a ici des interactions et un enrichissement mutuels entre plusieurs spécialités.

Ainsi nous voyons déjà la complexité d'une organisation au sein d'un établissement de santé. « *Le nombre et la diversité des intervenants au bloc opératoire évolue de manière croissante, cela renforce la segmentation et l'éclatement du collectif de soins,(...) et ce sont les infirmières qui assurent l'interface principale entre les patients et la « machine » de l'hôpital. Les personnels se trouvent devant la nécessité d'assurer la coordination. »*[7]

Cette coordination s'effectue au bloc opératoire par les infirmières spécialisées, IADE et IBODE. Bien que les spécialisations infirmière de bloc opératoire et infirmière anesthésiste soient organisées dans des cursus indépendants, un certain nombre de points de convergences sont pourtant bien présents sur le terrain. IADE et IBODE appartenons toutes deux à des disciplines où notre rôle propre mentionne notre compétence et notre responsabilité quant à l'accueil du patient. Avant de choisir une spécialisation nous sommes des professionnelles de santé dons l'objectif doit être le patient.

Selon le SNIA (syndicat national des infirmiers anesthésistes) l'IADE « *accueille le patient à son arrivée au bloc opératoire. Il lui permet d'exprimer ses besoins fondamentaux. Il l'informe sur ses actions. Il répond à ses interrogations et favorise une moindre angoisse. Il veille au confort physique et psychologique du patient. (...) Il contrôle l'identité du patient et s'assure de la concordance avec les éléments du dossier (...) Il procède à l'évaluation des éléments techniques pour la mises en oeuvre de sa mission et si ceux-ci on évolué, informe le MAR (médecin anesthésiste réanimateur).»*[8]

Cet accueil lorsqu'il est effectué en équipe s'inscrit dans un travail en collaboration.

---

6 Ibid.

7 GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle, **Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital**, Paris 1999, p 4.

Celui-ci permet au soignant de s'impliquer dans un processus d'amélioration continue de la prise en charge du patient. Cette organisation de travail est centrée sur ce dernier et consent à faciliter les flux d'informations.
Ainsi cette organisation aboutit à un travail interdisciplinaire. Chaque discipline s'emploie à garantir la qualité des soins et la sécurité du patient.

La sécurité du patient au bloc opératoire a fait l'objet de nombreuses recherches ces dernières années. Les erreurs de procédures chirurgicales sont considérées comme des évènements indésirables et évitables. Ils ont été l'objet d'une étude mondiale (conduite par l'OMS, organisation mondiale de la santé) afin d'évaluer leur fréquence et d'aboutir à une procédure commune permettant de les diminuer.

Par événement indésirable on entend « *une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui serait potentiellement source de dommages.»*[9]
Les procédures chirurgicales correspondent à *« l'ensemble des activités qui s'enchainent de manière chronologique pour atteindre un objectif.»*[10]
Ainsi les études de l'OMS ont intégré dans leurs analyses l'anesthésie et la chirurgie.

Selon la revue New England Journal Of Medecin, le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans le monde est en constante augmentation. Les progrès de la chirurgie et de l'anesthésie ont permis d'améliorer l'espérance et la qualité de vie. Malheureusement « *le taux de complications graves induites par la chirurgie serait de 3 à 17 %, et la moitié de ces complications sont considérées comme évitables.*»[11]

8 SNIA, Recommandation pour l'exercice de la profession d'Iade, Mai 2002, Disponible sur www.snia.net/lois_et_reglements/, consulté le 15/04/10.

9 AMALBERTI R. et collectif, **Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine**, in Etudes et résultats, N°584, juillet 3007,p3.

10 Encyclopédie libre Wikipédia, Procédure d'entreprise, disponible sur http://fr.wikipedia.org/, consulté le 16/05/10.

11 Haynes A. et al, « A surgical safety checklist to reduce and mortality in a population », in **In new englend journal of medecin**, 29 janvier 2009, pp. .491-499, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/check-list_2009_biblio.pdf, consulté le 28/03/10.

Suite à un travail comparatif «avant-après» étudiant l'efficacité d'un outil sécuritaire, composé d'une check-list de 19 items, l'OMS a publié des recommandations pour la sécurité en chirurgie. « *Cette étude permet de conclure avec une bonne sécurité à l'amélioration des résultats chirurgicaux grâce à l'implantation de la check-list sécurité en chirurgie.*»[12]

D'après la revue In Archives Of Sugery « *les insuffisances de communication sont une des causes les plus fréquentes d'événements indésirables en santé, allant de simple retards, aux erreurs médicamenteuses ou de site opératoire*», une étude prospective a été réalisée au Canada afin «*d'évaluer l'efficacité de l'implantation d'un briefing pré-opératoire organisé sur le modèle d'une check-list interprofessionnelle (chirurgien, anesthésiste, interne, infirmière, IADE, IBODE).*»[13]

L'analyse des résultats a permis de montrer que « *l'institutionnalisation des briefings a significativement amélioré la perception par les professionnels de santé, de la réduction du risque d'erreurs du site opératoire et d'amélioration de la collaboration dans l'équipe.*»[14]

Ainsi s'appuyant sur ces constatations la HAS (Haute Autorité de Santé) a établi une check-list, rendue obligatoire depuis le 1er janvier 2010. Elle s'inscrit dans le processus de certification des établissements 2010. Cet outil de partage d'information contribue aux évolutions d'organisation et de comportement mentionnées comme objectif dans les projets d'établissements. Le but étant d'accroitre la culture sécuritaire au bloc opératoire.

12 Ibid.

13 Lingard L et al, « Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons,nurses, and anaesthesiologists to reduce failures in communication », in **In Archives of sugery**, N°1, Janvier 2008, Volume 143, pp.12-17, disponible sur http://www.has-sante.fr/, consulté le 28/03/10.

14 Makahy M et al, Operating room briefing and wrong site surgery, In **Journal of american college of surgeons**, 2007, Volume 204,Issue 2, pp.236-243, disponible sur http://www.has-sante.fr/, consulté le 28/03/10.

Cet outil de sécurité doit permettre un temps de mise en commun des informations et la gestion des problèmes rencontrés. Ainsi la communication au sein des équipes sera matérialisée par un support et permettra d'optimiser les prises en charges. Il me vient alors une question :

En quoi la check-list selon HAS entraine-t-elle une collaboration plus performante entre les IADE et IBODE ?

Dès lors, deux hypothèses me viennent à l'esprit pour tenter de répondre à cette question de recherche.

- La première consiste à penser que la collaboration est plus performante grâce à la check-list car elle favorise le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité.

- La deuxième est que la mise en place de la check-list selon l'HAS modifie l'organisation de travail au bloc opératoire entre les différents acteurs de soins.

Pour ce travail de recherche je retiendrai la première hypothèse, celle-ci se rapprochant plus de mon domaine de compétence et de mon futur métier.
En effet la collaboration avec les infirmières de bloc opératoire, mes futures collègues, me semble importante pour gérer mon travail et la sécurité du patient. Le renforcement du lien infirmier, par l'intermédiaire de la check-list, reste à vérifier.
Pour tenter de répondre à cette question de départ, une lecture approfondie de références bibliographiques constitue l'étape la plus “laborieuse“ de la recherche de données et va me permettre de définir et de clarifier les concepts clés. Ainsi il en ressort trois : le soin infirmier à travers les IADE et les IBODE, la gestion des risques et la sécurité au bloc opératoire, et enfin la collaboration. La première partie de ce mémoire a pour objectif la définition de ces concepts et les réflexions qu'ils suscitent.

Puis au terme de cette première étape de recherche, je réaliserai une enquête afin de vérifier ou non mon hypothèse. Je définirai alors l'outil d'enquête que je vais utiliser.

L'application de la check-list, l'évitement des événements indésirables, le renforcement de la collaboration seront abordés dans une seconde partie.

Finalement, dans la troisième et dernière partie de ce mémoire, je proposerai par le biais de l'analyse des entretiens réalisés, une affirmation ou une infirmation de cette hypothèse de travail. Ainsi je saurai si la check-list favorise le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Une part de la conclusion de ce mémoire offrira, en dernier lieu, une occasion de faire le bilan de cette recherche ainsi qu'une synthèse des idées principales qui se seront dégagées au fur et à mesure de ce travail.

Première partie

Le cadre conceptuel

Chapitre 1 : Les soins infirmiers : le croisement des disciplines

Que l'on soit infirmier anesthésiste ou de bloc opératoire il n'en reste pas moins que nous sommes des infirmiers. Mais comment interpréter ce concept à l'heure actuelle ? Les fondements théoriques des soins infirmiers ont vu le jour dans le courant du XX° siècle. Les concepts établis ne cessent d'évoluer avec les progrès des organisations de travail et les valeurs éthiques. Ainsi la profession infirmière est une discipline qui ne cesse de se perfectionner en fonction des demandes de la société. Le métier d'infirmier est actuellement varié, et présente plusieurs spécialisations. Au bloc opératoire le travail infirmier est très présent. La prise en charge du patient est réalisée en “binôme“, c'est à dire par un infirmier de bloc opératoire et un infirmier anesthésiste. Afin de mieux comprendre ce que signifie les soins au bloc opératoire, je définirai dans un premier temps ce qu'est être un infirmier aujourd'hui, puis je développerai le concept de soins. Je présenterai ensuite le métier d'infirmier de bloc et celui d'anesthésie. J'insisterai sur le travail en commun réalisé et sur le croisement des disciplines.

1-1 Etre infirmier(e)

1-1-1 Qu'est ce qu'un infirmier

La profession infirmière a considérablement évolué depuis un siècle. S'il est vrai que depuis le moyen âge les soins prodigués étaient réservés aux ordres religieux et aspiraient au bénévolat, l'arrivée de la laïcité et de la première guerre mondiale a permis de mettre en place un nouveau groupe social. L'asile est devenu un hôpital, et les “filles de la compagnie de charité“ sont devenus des infirmières. Les premières écoles modernes d'infirmiers se créent à la fin du XIX siècle, l'enseignement des soins restent pourtant fondé sur une philosophie éducative éminemment chrétienne. Il faudra attende 1922 pour obtenir le “brevet de capacité d'infirmier professionnel“, et 1951 pour que celui-ci se transforme en diplôme d'Etat infirmier. C'est avec la loi du 31 mai 1978 que la notion de rôle propre de l'infirmier est définie. Notons que la profession se libère des

concepts d'obéissance, de soumission et de charité bien plus tard, après les évènements de Mai 1968.

D'une manière générale un infirmier est perçu comme une personne qui prend soin d'une personne malade et qui applique les prescriptions médicales. Selon l'encyclopédie Wikipédia, « *un infirmier ou une infirmière est une personne dont la profession est de délivrer des soins infirmiers.»*[15]Plus précisément selon le Code de la Santé Publique, article L4311-1, « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmier(e) toute personne qui donne habituellement des soins sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est résolu.»*[16] Un infirmier est donc celui qui donne les soins qui relèvent de son rôle propre et de son rôle prescrit.

En France, l'ensemble des soins infirmiers est régi par le Code de la Santé Publique, décret du 29 juillet 2004[17] relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Il réglemente la profession infirmière, définit des devoirs généraux comme le respect de la vie et de la personne humaine, le respect de la dignité et de l'intimité du patient, le respect des différences socioculturelles, le devoir de formation permanente, ainsi que les règles de comportement vis à vis des autres professionnels de la santé. L'accès à cette profession est réglementé. La réussite du concours d'entrée en institut de formation en soins infirmiers subordonne l'accession à l'école dans laquelle une formation par alternance débouche sur la présentation du diplôme d'Etat d'infirmier. Actuellement pour devenir infirmier(e) il faut respecter les conditions mentionnées dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier[18]. Cet arrêté de formation présente la nouvelle réforme du diplôme

15 Encyclopédie libre Wikipédia, Infirmier, disponible sur http://www.wikipedia.fr/ , consulté le 19 juillet 2010.

16 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifiés au Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre I, Chapitre I, Articles L4311-1 à L4311-29.

17 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, Op.cit.

18 Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, BO Santé, protection sociale, solidarité n°2009/7 du 15 Août 2009, p 247-383

d'infirmier. Cette réforme d'enseignement ne modifie pas les compétences et les savoirs faire des rôles propres et prescrits.

1-1-2 Le rôle propre de l'infirmier(e)

La profession infirmière jouit d'une autonomie de tache dans son travail. On lui reconnaît la gestion du bien-être du patient, et de la prise en charge des besoins fondamentaux (se nourrir, être propre, se mouvoir, éviter les dangers…). Le rôle propre est définie par les articles R 4311-1 à R4311-5 du décret relatif aux actes professionnels infirmiers. Ainsi il « *comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des soins infirmiers. (…) Les soins infirmiers intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. (…) L'infirmier a compétence pour prendre des initiatives et accomplir des soins qu'il juge nécessaires et accomplir les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie.*»[19]

Notons que l'article R4311- 4 inscrit le rôle propre dans un travail en collaboration.
L'article R4311- 5 nous informe, entre autres, que l'infirmier(e) :

- *« effectue des entretiens d'accueil privilégiant l'écoute de la personne (…)*
- *réalise l'installation du patient en rapport avec sa pathologie ou son traitement (...)*
- *accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement (…).»*[20]

Nous pouvons dire que l'activité infirmière s'inscrit désormais dans une triple responsabilité : le rôle délégué (application des prescriptions), le rôle en collaboration, et le rôle propre. Nous voyons que le rôle propre est varié et développé dans cette profession. Il est basé sur des points essentiels de la prise en charge des patients. L'accueil, l'installation et la mise en sécurité du patient sont imputables à la profession infirmière. Le rôle propre est la base de l'autonomie des soins infirmiers et de la reconnaissance des compétences.

19 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, Op.cit.

20 Ibid.

1-2 Le concept de soin infirmier

1-2-1 La notion de soin

« (...) *Le soin représente la première mission de tout établissement de soins, on fait des soins, on prend soin, on agit avec soin...».*[21] Ce concept, a priori simple, n'en reste pas moins complexe à concevoir. Beaucoup d'auteurs ont tenté de définir cette expression. Nous allons voir à travers leur idéologie quel sens ils ont apporté à la notion de soin. Bien que le concept de "soin" soit un concept très ancien, le concept de "soins infirmiers" est quant à lui très récent. Le soin concerne tous les professionnels de la santé quel que soit leur métier spécifique. Les soins infirmiers représentent les actes et les relations que l'on établit avec un patient. Ils tendent à mener la personne au degré d'autonomie optimale qui lui est propre. Ils aspirent à éviter ou à soulager la souffrance physique et/ou morale. Préventifs, curatifs ou palliatifs, les soins infirmiers sont de nature technique, relationnelle et éducative.
Un infirmier s'occupe donc d'une personne : une personne en perte de santé.

Le dictionnaire Larousse définit le soin comme « *une attention, une application envers quelqu'un ou quelque chose* » ; en revanche il donne aux soins le sens de *« moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade. »*[22]
Ainsi les soins infirmiers nécessitent des compétences quant à la qualité technique des gestes réalisés et à la qualité relationnelle du soin. Les soins (comme la pose de perfusion, l'accueil du patient , les pansements ou les soins d'hygiène…) sont des actes relativement simples lorsqu'on les analyse séparément. Mais ensemble, la symbolique qu'ils représentent donne matière à réflexion. Apparaît alors la pensée infirmière ou de manière plus globale la perspective soignante.
Le concept de soin infirmier à été pensé et développé suivant différentes approches, par les professionnels de santé du siècle précédent. Il représente l'ensemble des courants de pensée infirmière issus des réflexions philosophiques.

---

21 HESBEEN Walter, **Prendre soin à l'hôpital,** Paris, Masson,1997, p7.

22 Dictionnaire Larousse, Soin, disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/, consulté le 29/07/2010.

Pour Hildegard Peplau[23], Docteur en éducation, le soin infirmier est avant tout une relation interpersonnelle, où il est important de bien se connaître soi-même afin de mieux soigner autrui. Le soin est alors basé sur les rapports de la relation soignant-soigné. Pour Virginia Henderson[24], Infirmière, les soins infirmiers sont une aide apportée à la personne, articulée autour des besoins fondamentaux de l'homme (se nourrir, se vêtir, respirer, se mouvoir …). Callista Roy[25], Professeur et théoricienne en soins infirmiers, définit le soin comme une science où l'adaptation de la personne à son environnement contribue à améliorer et à maintenir la santé, le bien-être, et la qualité de vie du patient. Pour Jean Watson, Professeur en sciences infirmières, le soin infirmier est un art et une science humaine du "prendre soin" : le "caring", qui vise l'harmonie entre trois pôles : le corps, le mental et l'esprit.

Walter Hesbeen, Docteur en santé publique, nous dit que le soin désigne « *le fait d'être attentif à quelque chose ou à quelqu'un pour s'occuper de son bien être ou de son état, de son bon fonctionnement. (...) Les soins désignent aussi les actes par lesquels on soigne, par lesquels on entretient le corps.* »[26]

Il est intéressant de noter la notion d'attention qui est porté au soin, qui sous-entend la rencontre et le cheminement entre la personne soignante et la personne soignée. Ainsi il rejoint la pensée du psychologue Jean-Louis Fouchard[27], où l'attention du soin est perçue dans une dimension sécuritaire et rassurante. Le soin, par cette attention particulière à autrui, induit une qualité de relation.

Ainsi nous voyons que le soin ne se résume pas à accomplir des actes sans les penser. Il s'agit d'une rencontre, toujours singulière et qui nécessite un art, une qualité de relation. Soigner relève de l'attention à autrui, et doit englober l'aspect physique et psychologique.

---

23 NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRIERE, **Soins infirmiers I**, Concept et théories, démarche de soins, Paris, Masson, Edition 3, 2003, p151-161.

24 Ibid.

25 Ibid.

26 HESBEEN Walter, Op.Cit., p9.

27 FOUCHARD Jean-Louis, **Le soin entre acte et parole**, in Les cahiers de l'Actif, N°310-311, Mars 2002, p193-200.

1-2-2 La notion de prendre soin

La pratique soignante, basée sur une morale et sur des valeurs individuelles et professionnelles, s'exprime aux travers de la notion de prendre soin. Il est d'usage de distinguer le soin curatif (curing) et le soin dans le sens “prendre soin“ (caring). Mais il faut faire attention : dire que le soin curatif est réservé au médecin et que le prendre soin relève des infirmiers est exagéré. À l'heure actuelle ces deux notions s'entrecroisent. Néanmoins la notion de prendre soin constitue un fort ancrage dans la profession infirmière. Elle s'insère dans la spécificité du soin infirmier comme la prise en compte globale de la personne.

Selon le dictionnaire Larousse, prendre soin c'est « *être attentif à, veiller sur.* »[28] En ce sens, prendre soin est une activité accessible à tout individu. Nous prenons soin de notre maison et de ceux qui y vivent, nous prenons soin de “l'humain“ à tous les âges de la vie. Nous sommes tous capables de prendre soin.

Néanmoins l'expression prendre soin, selon Walter Hesbeen est « *à ne pas confondre avec celle à connotation objétisante et déresponsabilisante de prendre en charge.* »[29] S'il définit la “prise en charge“ comme « *une intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités* »[30] (faire à sa place), le “prendre soin“ désigne lui « *une attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »[31](faire avec). L'attention particulière est ici une intention de bienveillance et d'entraide. Elle subodore des liens de confiance fondés sur le respect de la personne.
Par ailleurs W. Hesbeen, nous propose aussi de concevoir le prendre soin comme une valeur. Ainsi cette notion se situe dans l'ordre de la réflexion. Il s'agit plus d'une

28 Dictionnaire Larousse, Prendre soin, disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/locution , consulté le 29/07/ 2010.

29 HESBEEN Walter, Op.cit., p36

30 BLOUIN, Maurice; BERGERON, Caroline, **Dictionnaire de la réadaptation**, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 1997, p60.

31 HESSBEN Walter,Op.cit., p8.

orientation philosophique. De ce fait chacun peut y souscrire et adhérer à cette nouvelle approche car elle est cognitivement accessible à tous. De ce fait il propose d'inscrire le travail dans l'interdisciplinarité en rapprochant les disciplines. Le décloisonnement du système médical et paramédical permet de restructurer la pratique soignante sur un système de soin centré sur le patient. Ainsi le prendre soin est le "moteur" de toute discipline, et un gain de sécurité pour le patient.

Le prendre soin est selon le philosophe et sociologue Edgard Morin, une "pensée complexe"[32] car elle fait partie d'un ensemble d'éléments disjoints. Le complexe peut se définir comme ce qui est tissé ensemble. Ainsi le principe de la pensée complexe : « *est qu'un système vivant doit à la fois être abordé de façon globale sans ignorer les éléments qui le composent et surtout, sans négliger les multiples interactions qui se produisent constamment entre les éléments. Autrement dit voir une feuille dans toute sa clarté sans perdre de vue sa relation avec l'arbre.* »[33]

Il y a donc une pensée globale. Celle-ci est d'autant plus difficile à obtenir en milieu hospitalier, et au bloc opératoire, que chaque intervenant voit la feuille d'un autre angle, et donc n'en a pas la même perception. Ainsi travailler ensemble nécessite une volonté de voir la même chose, ou du moins d'aller dans le même sens. Il est également difficile au bloc opératoire de ne pas perdre de vue cette notion de globalité. Le patient est souvent « *dépossédé de l'emprise sur lui même, annihilé. Il peut devenir brutalement objet de soin. Il perd son identité, il devient sigmoïde, thyroïde ou fémur.* »[34] Ce morcellement corporel est alors accentué lors de la mise en place des champs opératoires. Cette perte de vision globale augmente les risques d'erreurs, car à ce moment là nous soignons un membre et non un tout.

Toutes ces approches du prendre soin montrent bien la volonté des auteurs de rapprocher les individus, aussi bien soignant/soigné que soignant/soignant.

Les réflexions sur les pratiques soignantes montrent qu'il est nécessaire d'aboutir à des valeurs et une attitude commune. L'objectif étant de mettre le patient au centre des

32 MORIN Edgar, **Introduction à la pensée complexe**, Ed ESF, 1996, 158p.

33 HESSBEN Walter,Op.cit., p32.

34 NICOLET Martine, **L'infirmier anesthésiste**, Médecine-science, Flammarion, 2003, p40.

préoccupations. Le prendre soin nécessite une approche globale du patient où le confort, l'aide aux gestes de la vie quotidienne, les soins techniques, l'écoute, font émerger des réflexions sur les pratiques soignantes. Les soins gagnent ainsi en sécurité.
Le prendre soin est un art et une philosophie, une activité accessible à tous, de ce fait il est concept transdisciplinaire. Néanmoins la réalisation et la gestion des soins aux patients nécessitent un savoir et des compétences.

1-2-3 La notion de compétence

De façon générale on définit la compétence comme la somme de savoirs qui induit un savoir-faire (habilité technique) et un savoir-être (attitude, valeur).
Dans le domaine médical la notion de compétence est définit par Gilles Tremblay comme étant *« un concept général qui englobe la faculté d'utiliser ses capacités et ses connaissances dans des situations nouvelles à l'intérieur de son champ professionnel : elle intègre également l'organisation et la planification du travail, l'innovation et la capacité de s'adapter à des activités non routinières. Finalement elle inclut les qualités personnelles nécessaires pour interagir efficacement avec les collègues, la direction et les clients.»*[35]
On octroie à la profession infirmière dix compétences. Celles-ci sont mentionnées dans l'arrêté du 31 juillet 2009[36], relatif au diplôme d'Etat infirmier. Retenons surtout que l'infirmier est compétent pour conduire une relation soignant-soigné dans un contexte de soin, en employant différentes techniques améliorant la communication (créer un climat de confiance, écouter et reformuler...). L'infirmier organise et coordonne les interventions soignantes.
Nous voyons ainsi que l'infirmier est au centre de la gestion des soins. Il est à même de collaborer afin de garantir le prendre soin. Nous voyons aussi que les compétences et le rôle propre de l'infirmier sont des concepts proches et qu'ils sont amenés à se croiser.
Les compétences en soins infirmiers sont encore plus développées lorsque l'infirmier décide d'intégrer un cursus de spécialisation. Il développe alors des compétences qui lui sont propres tout en conservant les valeurs antérieures.

35 Ibid p 95, Définition empruntée au National Council for Vocational Qualifications d'Angleterre.

36 Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Annexe II.

Voyons maintenant les champs de compétences des infirmiers spécialisés travaillant au bloc opératoire.

1-3 Les infirmières spécialisées au bloc opératoire

1-3-1 L'infirmier(e) anesthésiste

L'infirmier(e) anesthésiste diplômé d'Etat réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur. Il prend en charge la sécurité du patient en cours d'anesthésie.

L'anesthésie[37], en tant que pratique, est née au milieu du XIX° siècle. Cependant, en tant que savoir, elle est bien plus ancienne. On peut la tracer jusqu'à la Renaissance. À cette époque l'anesthésie était sommaire (suc de pavot, chanvre, mandragore), peu efficace et sujette à des croyances de sorcellerie. Le XVIII° siècle voit l'apparition du gaz hilarant : le protoxyde d'azote, mais surtout l'opium. Le XIX° siècle sera l'apogée de l'anesthésie à l'éther et au chloroforme. Le XX° siècle voit la naissance d'une discipline : l'anesthésie, qui ne va cesser d'évoluer et de gagner en sécurité.

La spécialisation d'infirmier anesthésiste apparaît en 1947, l'enseignement est alors commun avec les médecins. En 1949, l'enseignement ce scinde, une attestation de fin d'étude d'aide anesthésiste est alors délivrée aux infirmiers. Le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste obtenu après 18 mois de formation, est créé en 1960. Deux ans plus tard aura lieu la reconnaissance de cette formation comme spécialité. En 1972 la durée de formation s'étend à 24 mois et nécessite un pré-requis de 3 ans d'exercice antérieur. La reconnaissance de l'exclusivité de la profession se fait en 1988 avec le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation. L'année 1991 est importante, le certificat devient alors un diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

37 TRIBOULET Catherine, **Généralité sur l'anesthésie**, cours du 2 octobre 2009, 2009-2011, Ecole d'infirmier anesthésie de Lyon.

L'infirmier(e) anesthésiste a des compétences qui lui sont propres. Celles-ci sont mentionnées dans l'article R 4311-12, du décret du 29 juillet 2004.
Ainsi, l'IADE :

- « *est seul habilité, à condition qu'un médecin-anesthésiste puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin-anesthésiste a examiné le patient et établi le protocole, à accomplir les techniques suivantes : anesthésie générale, anesthésie loco-régionale et réinjections (...), réanimation per-opératoire ;*
- *accomplit les soins (...) et peut réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole ;*
- *est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire et exerce en salle de surveillance post-interventionnelle les actes relevant des techniques d'anesthésie.»* [38]

Plus spécifiquement, il est mentionné dans l'arrêté de formation conduisant au diplôme d'IADE que celui-ci :

- *« participe à l'accueil et à l'installation du patient ;*
- *prépare et accomplit les procédures de contrôle des sites d'anesthésie.»*[39]

Ainsi nous voyons que l'IADE joue un rôle important dans l'organisation et la mise en sécurité du patient. La surveillance et l'adaptation des procédures en fonction de l'état du patient montrent les compétences spécifiques de cette profession.
Le rôle de l'IADE est de travailler en collaboration avec le médecin anesthésiste-réanimateur dans la pratique de l'anesthésie et dans l'organisation plus générale de cette activité. Pour organiser cette dernière il est nécessaire de travailler et d'échanger avec les divers membres de l'équipe, notamment les IBODE.

38 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifiés au Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre I, Chapitre I, Articles L4311-12.

39 Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste,, Annexe II, programme de formation, JO du 2 février 2002.

1-3-2 L'infirmier(e) de bloc opératoires[40]

L'infirmier(e) de bloc opératoire diplômé d'Etat est responsable de l'organisation et de la gestion de l'environnement opératoire, il est le coordinateur des soins pour le bon déroulement et la sécurité de l'acte chirurgical.

La chirurgie est une discipline ancienne, remontant à l'Antiquité. Son évolution fut lente du fait de l'ignorance de l'anatomie du corps humain et de l'absence d'écoles chirurgicales. C'est à la Renaissance mais surtout à partir du XVII° siècle, avec la création d'écoles pratiquant la chirurgie et le droit de s'exercer sur des cadavres, que la pratique progresse. La succession des guerres du XIX° siècle et la première guerre mondiale voient la naissance de la chirurgie de guerre et réparatrice. C'est au XX° siècle que les grandes techniques chirurgicales sont mises au point. Cette discipline ne va cesser de progresser grâce aux évolutions de l'imagerie médicale, de l'anesthésie et de l'hygiène.

La spécialisation d'infirmier(e) de bloc opératoire apparaît lors de la première guerre mondiale. Le flux de blessés nécessite la présence de soignants ayant des compétences spécifiques. Apparaît alors la fonction d'infirmière-assistante. En 1945 s'ouvre la première école de formation à l'Assistance Publique. Malheureusement le manque de corporatisme et de dynamisme entrainera la fermeture de l'école. En 1965, sous l'impulsion du Pr Devernejou, l'école de la Croix-Rouge voit le jour et délivre des certificats de spécialisation en salle d'opération pour infirmiers et infirmières diplômés d'Etat. Dès lors les écoles se multiplient. Il faudra attendre 1992 pour que ce crée le diplôme d'Etat d'infirmier(e) au bloc opératoire.[41]

Les compétences de l'infirmier(e) de bloc opératoire sont définies, de manière générale, dans l'article R4311-11 du décret du 29 juillet 2004. Celui-ci nous informe que

40 UNAIBODE, **Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire**, Paris, Masson 2° édition, janvier 2004, p5-10.

41 Décret n°92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers de salle d'opération.

« l'infirmier(e) titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire exerce en priorité les activités suivantes :

- *gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;*
- *élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée ;*
- *organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;*
- *traçabilité des activités au bloc opératoire ;*
- *participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de la stérilisation des dispositifs médicaux.»*[42]

Plus spécifiquement, le rôle propre de l'IBODE est expliqué dans le référentiel de compétences, où nous apprenons que l'IBODE s'attarde entre autre sur :

- *« l'identification des besoins et le recueil d'informations ;*
- *la qualité et la sécurité des interventions (conformité de la salle d'opération, du matériel) ;*
- *le déroulement opératoire en appliquant les règles d'asepsie et de sécurité, ainsi que de l'installation du patient en fonction des chirurgies ;*
- *le travail en équipe avec l'ensemble des professionnels intervenant au bloc opératoire en fonction des compétences de chacun.»*[43]

Le rôle de l'IBODE s'inscrit donc dans une démarche sécuritaire. Elle organise les interventions en appliquant les principes d'accueil, d'installation, de traçabilité et d'hygiène, et fait le lien entre les différents intervenants. Son travail s'effectue en collaboration étroite avec le chirurgien.

En résumé nous pouvons dire que les métiers d'IADE et d'IBODE sont deux disciplines récentes, et qui continuent à construire leur identité. Nous voyons que les compétences techniques des infirmiers spécialisés sont bien définies. Chacun dispose dans son domaine de compétences d'un rôle déterminant pour l'organisation et la

42 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifiés au Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre I, Chapitre I, Articles L4311-11.

43 COUDRAY Marie-Ange, **« Le référentiel de compétences des Ibode »**, in Inter bloc, N°2, Tome XXVI, Juin 2007, p.103-110.

sécurité du patient. La prise en charge des patients et les soins qui leur sont prodigués nécessitent une coordination rigoureuse. Chaque discipline est centrée sur le patient. Nous allons maintenant examiner la spécificité des notions de « soin » et de « prendre soin » au bloc opératoire.

1-4 Soigner au bloc opératoire

Le bloc opératoire est une structure totalement indépendante du reste de l'hôpital. Il est le lieu où l'on réalise les gestes invasifs à but diagnostique ou thérapeutique. Sa mission est d'offrir un site performant à toutes les interventions programmées ou urgentes, tout en garantissant la sécurité des patients. Pour cela il présente une organisation particulière. Pour permettre la prise en charge globale des patients, il regroupe toutes les spécialités médicales et paramédicales. Ainsi se côtoient les brancardiers, les chirurgiens, les internes, les infirmiers de bloc, les infirmiers anesthésistes… L'environnement du bloc opératoire est conçu comme un système clos, celui-ci devant être maintenu à un niveau de contamination minimum afin de limiter les infections liées aux soins. Pour cela des circuits de matériel, d'air et de personnel sont mis en place. Cet espace est clairement délimité par une signalétique qui contribue à entretenir les affres et angoisses des personnes soignées. Par ailleurs le nombre de personnels présents dans cette enceinte procure un sentiment de vulnérabilité qu'il est important de prendre en compte.

Les soins prodigués au bloc opératoire sont de nature invasive. Ils nécessitent pour leur réalisation une anesthésie générale, loco-régionale, ou locale. Ainsi apparaissent les premières peurs des patients : la douleur et l'endormissement. En effet la peur de ne pas se réveiller de l'anesthésie est toujours très présente. La douleur post opératoire reste aussi une source d'inquiétude pour les patients malgré l'évolution des techniques de prise en charges des douleurs. La nature même du soin, l'acte chirurgical pour un traitement ou pour un diagnostic est source d'angoisse à l'arrivée du patient et également quant à son devenir. Par ailleurs le fait de confier son corps à autrui soulève aussi beaucoup d'angoisse. « Comment vont-ils prendre soin de moi ? » Ainsi il est du ressort des infirmiers de prendre soin du patient lorsqu'il n'est plus conscient, en

vérifiant son installation, en suppléant sa respiration, en assurant une narco-analgésie suffisante, en respectant les règles d'hygiène..... Enfin, les dernières angoisses sont apportées par la peur des complications, des événements indésirables et des erreurs médicales. Les infirmiers de bloc et d'anesthésie doivent organiser leur travail afin d'optimiser la sécurité du patient.
Ainsi les soins prodigués au bloc opératoire doivent être réalisés dans le but de rassurer le patient et de garantir sa sécurité.

Nous venons de voir que si le bloc opératoire est un lieu démythifié pour le personnel, il n'en est pas de même pour le patient, qui doit maitriser l'appréhension due à la fois à l'anesthésie et à l'intervention. Celui-ci fait face à ses angoisses, liées au lieu où se côtoient la vie et la mort. Le patient est alors pris en charge par des personnes inconnues, souvent « masquées ». Le froid régnant dans le sas d'accueil et la quasi nudité des malades contribuent à renforcer leur anxiété. Le climat de confiance est alors difficile à installer. L'accueil étant le premier contact avec le patient, celui-ci est donc important.

Ainsi chaque corps de métier doit organiser son travail dans le but non seulement de garantir la sécurité du patient, mais aussi de réaliser l'intervention au bon endroit et au bon moment, tout en établissant une relation de confiance avec le patient. Le rôle de l'IADE et de l'IBODE au moment de l'accueil du patient est alors capital. Le soin qu'elles apportent consiste à prendre en compte le désarroi du patient. Cette démarche relationnelle constitue les prémices de la perspective soignante : le prendre soin.

Ainsi au bloc opératoire le soin relève à la fois de la prise en charge et du prendre soin.
Voyons maintenant comment s'articule la prise en charge du patient à travers le travail en commun de l'IADE et de l'IBODE.

1-5 Le travail en commun de l'IADE et de l'IBODE : le croisement des disciplines

Nous avons vu que les champs de compétences de l'IADE et de l'IBODE sont bien définis. Mais nous avons vu aussi que ces deux spécialisations ont une référence en commun : le rôle propre de l'infirmier(e).

Ainsi rappelons que l'infirmier(e) est habilité à dispenser les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne. Il réalise des entretiens d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire, aide et soutien psychologique, observation des troubles du comportement.

La prise en charge du patient par un personnel infirmier (qu'il soit IADE ou IBODE), s'inscrit dans le cadre d'une démarche de soins commune. Celle-ci peut se répartir en trois phases.

- Le temps de l'accueil, qui se situe avant l'arrivée du patient au bloc opératoire afin de cerner ses besoins, jusqu'à l'entrée du patient en salle d'opération

Dans cet intervalle de temps l'IBODE et l'IADE ont des activités communes. Elles mettent en sécurité le site opératoire et celui de l'anesthésie. Elles s'informent du programme opératoire et organisent celui-ci en fonction des particularités chirurgicales et du patient. L'accueil du patient relève donc du rôle de chacune. Son arrivée et son transfert dans le sas d'entrée sont très rapides. Le personnel infirmier dispose de très peu de temps pour communiquer avec le futur opéré. Le flot d'informations et de questions posées à ce dernier (concernant son identité, la nature et le coté à opérer, le jeûne, les allergies, le respect des douches antiseptiques ...) doit être demandé de manière à *« redonner un sentiment de protection (...), de se montrer à l'écoute, être attentif à d'éventuels signes d'inquiétude, parler au patient, lui offrir des regards non pas intrusifs mais de compassion : expliquer les gestes réalisés sans nier la violence que souvent ils représentent. »*[44]

Ainsi ce temps d'accueil est un temps d'échange d'informations important. Il permet de réaliser les contrôles sécuritaires et d'évaluer l'anxiété des patients.

44 NICOLET Martine, Op.cit., p41.

La mise en commun des informations recueillies permet à chacun d'adapter sa prise en charge.

- Le temps de l'intervention, qui s'étend de l'installation du malade sur la table d'opération jusqu'à son transfert en salle de soins post opératoires.

L'installation est un rôle partagé. L'IADE s'attardera sur le fait *« d'installer la personne dans le calme, avec douceur, avec le souci permanent de respecter sa pudeur ; la recouvrir et la réchauffer permet d'offrir du contenant et participe à redonner de l'unité à son corps menacé. (...) Cela participe à réduire de façon évidente les doses de produits anesthésiques. »*[45] L'IBODE s'attardera sur l'installation de la position chirurgicale, les points d'appuis et de la mise en sécurité du patient (sangle, cale, arceaux, plaque de bistouri …). Par ailleurs une communication « *étroite se poursuit tout au long du geste chirurgical pour repérer les différents temps opératoires et les phases à risques »*[46]. Enfin l'application et le respect des règles d'hygiène font aussi partie des compétences communes. Les deux infirmières ont donc un rôle à la fois spécifique et complémentaire dans le recueil d'informations sur le dossier de soin infirmier et sur la traçabilité du matériel utilisé.

Ainsi le temps opératoire est propice au rapprochement des compétences des deux disciplines.

- Le temps du réveil et les suites opératoires.

Si le réveil est plus spécifique au travail de l'IADE, « *le transfert et la participation à l'installation du patient en salle de soins post-interventionnelle »*[47] fait aussi partie des compétences de l'IBODE. Par ailleurs « *la réalisation des pansements et la mise en*

45 Ibid.

46 BOILON Maryse, REVAULT Nicolas, « **Ibode et Iade, des infirmier(e)s qui collaborent au bénéfice de l'opéré**, in Interbloc, Tome XXVI, N°1, Mars 2007, p40.

47 UNAIBODE, **Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire**, Masson 2° édition, janvier 2004, p21.

place des dispositifs de drainage »[48] sont aussi sous la responsabilité des deux disciplines.

Nous venons de voir qu'un infirmier est celui qui réalise des soins, des actes à la fois relationnels, techniques et de prévention. Cette profession est réglementée et évolue en fonction des besoins et des perspectives soignantes. L'infirmier est compétent par son rôle propre et par sa formation à “prendre soin“. Les infirmiers au bloc opératoires sont donc à même d'assurer la sécurité des patients par leur champ de compétences élargies.
Nous avons vu que la spécificité du lieu amène à travailler ensemble et à collaborer afin d'assurer des soins au patients en toute sécurité.
Maintenant nous allons voir dans quelle mesure la gestion des risques est organisée au bloc opératoire et quels sont les moyens mis en place pour garantir la sécurité du patient. Ceci est donc l'objet de mon second chapitre.

48 Ibid.

Chapitre 2 : La gestion des risques et la sécurité du patient au bloc opératoire

La société actuelle ne se contente plus seulement d'attendre de la médecine des performances toujours plus grandes, elle exige en plus une sécurité toujours accrue. En France, la sécurité des soins est devenue une préoccupation de santé publique. Les établissements de santé s'engagent dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins imposée par les nouvelles réglementations de la certification V2010.[49] Une structure de soin est un organisme complexe qui s'articule entre structure technique, matérielle et humaine. De ce fait la gestion des risques est difficile. La complexité croissante des soins n'a pas effacé le fait que le système de santé est basé sur une activité humaine, et donc sur la faillibilité des individus. Cette constatation établit un paradoxe : malgré la technicité l'erreur reste possible. Pour assurer au mieux la sécurité des patients les établissements de santé tentent de diminuer les risques. Lorsque l'on voit le nombre de personnes aux logiques et aux objectifs parfois différents se côtoyer autour d'un patient au bloc opératoire, on devine les difficultés professionnelles rencontrées. Il est donc nécessaire de diminuer l'insécurité et d'améliorer les conditions de travail en mettant en place des procédures d'organisation.
Dans un premier temps je définirai la notion de risque à l'hôpital afin de mieux la comprendre, puis dans un second temps j'aborderai la gestion des risques au bloc opératoire. J'insisterai enfin sur la mise en place d'un nouvel outil sécuritaire : la check-list.

2-1 La notion de risque à l'hôpital

2-1-1 Définitions

49 Haute Autorité de Santé, HAS, **Manuel de certification des établissements de santé V2010**, juin 2009, 99p.

Si l'on peut définir le risque par « *une prise en compte d'une exposition au danger, un préjudice ou un autre événement dommageable* »[50], il ne faut pas oublier que ce concept revêt plusieurs significations suivant le domaine qui l'emploie.
En effet la signification du risque est différente s'il est utilisé par un épidémiologiste, un spécialiste de l'environnement, un assureur, un soignant ou un cadre de direction. Ainsi le risque peut être une situation dommageable, ou la cause de la situation, ou les conséquences de la situation.
Notons aussi que le risque est toujours associé aux notions « *de possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme mal ou un dommage.* »[51]

Ainsi le risque, dans son sens commun, est la survenue éventuelle d'un événement négatif (le danger), qui n'est donc pas obligatoire (« probabilité » signifie qu'il est possible d'y réchapper), mais qui n'est pas non plus totalement une surprise (possibilité).
En médecine, le mot risque est employé très souvent, mais avec des sens variables. On parle ainsi de risque de complications, mais aussi de facteurs de risque, d'un risque relatif, de bénéfice-risque, sans oublier les terrains à risque.

Retenons surtout la définition proposé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) : *« le risque est une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. »*[52] Ainsi dans les établissements de santé, « *ces événements sont ceux dont la survenue perturbe la réalisation de ses missions premières : assurer des soins de qualité en toute sécurité.* »[53]

50 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Risque , consulté le 4/08/10.

51 Ibid.

52 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, ANAES, **Principe méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé**, Janvier 2003, p.12.

53 Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, **Recommandation pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé**, 2004, p.7.

De ce fait apparaît un lien de réciprocité entre le risque et la sécurité. En effet si le risque est défini comme un danger alors la sécurité n'est plus garantie. Puisque selon le dictionnaire Larousse la sécurité est « *une situation dans laquelle quelqu'un n'est exposé à aucun danger, à aucun risque, qui est rassuré.* »[54] De façon générale la sécurité sur un plan individuel reflète un état d'esprit dans lequel la personne se sent bien, tranquille et en confiance. Il s'agit d'un sentiment de bien être. D'une manière plus collective la sécurité d'une entreprise consiste à garantir la pérennité de celle-ci.
La sécurité des patients est définie, selon le ministère du travail, comme *« l'absence de préjudice accidentel à une personne recevant des soins. »*[55]

Ainsi les établissements de santé doivent établir un climat de confiance pour assurer la sécurité des patients et garantir la sécurité au travail pour le personnel.
Par conséquent les risques encourus doivent être bien identifiés et anticipés afin de minimiser la survenue d'accidents. L'hôpital, de par son organisation complexe (divers services, fonctionnement, disciplines), de par la concentration de population (patient, personnel, visiteur), et de par la dangerosité du site (produits toxiques, infectieux, radiations...), est une structure à haut risque. Il est donc primordial de tenter de les minimiser.

2-1-2 Les risques à l'hôpital

Dans les établissements de santé les risques sont nombreux, variés et malheureusement souvent intriqués.
Certains sont spécifiques aux établissements de santé comme :

- les risques liés aux activités médicales et de soins, appelés aussi risques cliniques, à savoir les infections liées aux soins, les erreurs de diagnostic, contaminations croisées, incidents avec des produits sanguins, du matériel

54 Dictionnaire Larousse, disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sécurité, consulté le 23/09/10.

55 Ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, **Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé : Etat des lieux et perpectives**, DRESS, In Etudes et recherches, N°89, Mai 2009, p.11.

biomédical, erreurs de médicaments... Ces risques sont gérés par le système de vigilance sanitaire, à savoir le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) , la matériovigilance, l'hémovigilance, pharmacovigilance...

D'autres sont communs à toute organisation et entreprise :

- les risques techniques (incendie, panne d'électricité...), environnementaux (bâtiment, installation, climatisation : légionellose), mais aussi les risques sociaux (absentéisme, grève), informatiques. Ces risques sont réglementés par les normes françaises (NF) délivrées par l'association française de normalisation (AFNOR) et le code du travail.

Les risques sont donc connus, évalués, et réglementés. Il en va du devoir des établissements hospitaliers d'établir une gestion de ceux-ci afin d'assurer la sécurité de chacun.

Dans la notion de risque à l'hôpital il est important de concevoir que la survenue d'un accident ne résulte pas seulement d'une erreur humaine individuelle. L'accident ou la situation à risque met en jeu une cascade complexe d'événements. S'imbriquent alors les facteurs techniques, humains, organisationnels. Si la vigilance de chacun est une garantie ultime de sécurité, elle n'intervient que comme le dernier maillon de la « chaine de sécurité ».

Les autorités de santé souhaitent que la gestion du risque soit obtenue avec une « *approche systémique, transversale et pluridisciplinaire* » accordant *« une importance primordiale à l'organisation, à la responsabilisation de chaque professionnel comme acteur principal de la sécurité. » (...) Cette approche de la gestion des risques permet de dépasser une approche purement réglementaire et normative de la sécurité. Elle conduit à intégrer la sécurité aux objectifs de gestion de l'établissement. »*[56] Cette décision institutionnelle voulant placer la sécurité comme objectif implique que chaque professionnel est concerné. La sécurité, du patient et du personnel, est donc l'affaire de tous.

Ainsi nous pouvons dire que la notion de risque à l'hôpital est une grande fonction qui vise à identifier, analyser, évaluer, et éviter puis réduire les accidents. Bien

56 Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Op.Cit., p.9.

évidemment l'objectif est de tendre vers un « risque zéro ». Pour cela il est nécessaire d'optimiser les organisations en développant les approches pluridisciplinaires. L'accroissement de la sécurité hospitalière passe aussi par le ressenti de la population et des malades, en leur montrant les moyens mis en place pour leur sécurité. La notion de confiance pérennise les relations.

Nous pouvons aisément concevoir que la complexité d'une structure augmente les risques. Le bloc opératoire est un lieu qui ne fait pas exception. De par sa structure technique, le nombre d'intervention, le nombre important de personnels, et la fragilité des patients, les risques pour celui-ci doivent être très encadrés.

Voyons maintenant quels sont les risques spécifiques au bloc opératoire et leurs gestions.

2-2 La gestion des risques au bloc opératoire

La gestion des risques tend à réduire l'ensemble de ceux qui peuvent survenir (risque pour les personnes, risque juridique, risque financier). Pour un bloc opératoire la gestion des risques vise à assurer la sécurité des personnes de façon prioritaire, tout en conciliant la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent, et donc à rendre le risque acceptable. À l'heure actuelle la gestion des risques est une approche globale qui vise à identifier et traiter les causes des risques, qu'ils soient proches du patient, des visiteurs, ou du professionnel.

Le ministère de la santé nous définit la gestion des risques comme étant « *un processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux biens de l'établissement.* »[57]

Au bloc opératoire les risques techniques sont très présents du fait de la concentration d'arrivée de gaz médicaux inflammables et toxiques et de la structure collective. Ce lieu est un espace fermé comprenant des salles d'opération et des systèmes de circulation organisés pour maintenir un niveau d'hygiène et de sécurité

57 Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Op.Cit., p.8.

optimal. Ainsi il existe des systèmes de circulation des personnes, des fluides médicaux, des déchets, de purification d'air, de matériel de chirurgie... Ceux-ci sont réglementés par le code de la santé publique, relatif aux conditions de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie[58] et par le référentiel des textes applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire, édition n°4 de février 2004.

Dans le cadre de ce travail d'intérêt professionnel je ne développerai pas ces risques techniques, mais je vais développer les risques cliniques, c'est à dire ceux qui sont directement en lien avec les patients.

La prise en charge d'un patient au bloc opératoire doit lui assurer une entière sécurité, de son entrée jusqu'à sa sortie. Les différents transferts et installations sont autant d'agressions qui font courir des risques au patient. L'environnement d'un bloc et les différentes techniques chirurgicales et anesthésiques employées nécessitent de nombreux dispositifs médicaux qui entrainent des risques potentiels pour celui-ci comme pour les utilisateurs. Le patient étant déjà fragilisé par son état de santé et le stress, nous rajoutons alors les risques liés à la perte de conscience, l'abandon de son corps à autrui.

2-2-1 Les risques liés à l'anesthésie

L'anesthésie est une discipline qui soulève les peurs les plus profondes des individus. La perte de la conscience, la peur de mourir, la peur de ne pas se réveiller ou de se réveiller pendant l'opération, la peur de la douleur sont les craintes les plus souvent exprimées par les patients.

L'anxiété suscitée par l'anesthésie est ancrée dans l'inconscient collectif depuis l'apparition de la discipline. Il est vrai que le taux de mortalité due à l'anesthésie a été important à ses débuts. Pour autant, nous pouvons remarquer que cette spécialité s'est

58 **Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique** abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 et remplacé par : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire) Chapitre IV - Conditions techniques de fonctionnement - Section 1 - Activités de soins - Sous-section 5 : **Anesthésie.**

considérablement améliorée car le taux de mortalité est passée de 1/5.000 à 1/200.000 en 50ans.[59] Néanmoins les risques liés à l'anesthésie restent présents, même si ceux-ci ont une moindre fréquence et incidence.

En anesthésie nous pouvons séparer les risques en deux catégories de complications :

- les mineures : complications relativement fréquentes mais sans menace vitale pour le patient. On peut citer les bris de dents, les compressions nerveuses, les troubles de la mémoire, les nausées et vomissements.
- les majeures : complications rares mais graves comportant un risque vital pour le patient. Il s'agit de la survenue de choc anaphylactique, de détresse respiratoire, d'arrêt cardiaque pouvant entrainer le décès du patient ou des séquelles neurologiques.

Afin de diminuer ces risques la pratique de l'anesthésie est entourée de précautions (dossier anesthésie, fiche ouverture de salle) qui ont pour objectif d'éviter la survenue d'accidents.

2-2-2 Les risques liés à la chirurgie

Les risques encourus par les patients sont surtout liés aux gestes invasifs. Ceux-ci peuvent se définir suivant deux approches.

- Le risque relatif : davantage lié à l'état du patient, il introduit une notion complémentaire, le facteur de risque, qui peut augmenter ou diminuer le risque du geste ou les complications.
- Le risque absolu : il renvoie à la notion de probabilité et de statistique. Il s'agit en fait de « *la fourchette, qu'on appelle un intervalle de probabilité du risque, qui n'est d'ailleurs pas une valeur exacte.* »[60]

59 Organisation Mondiale de la Santé, OMS, **Alliance mondiale pour la sécurité des patients : Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies**, Juillet 2008, p. 9, disponible sur http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_fre.pdf , consulté le 14/08/10.

60 DUMONTIER C., **La notion de risque en chirurgie : quand la complication est au cœur de l'information**, in Le courrier de colo-proctologie, N°1, Mars 2002, p.9.

La notion de risque en chirurgie est floue, du fait qu'elle est plurifactorielle et pluridimensionnelle. Dans l'article "La notion de risque en chirurgie", le Dr Dumontier classe les risques en trois types de complications :

- les complications infectieuses,
- les complications fautives, où l'erreur est liée au chirurgien,
- les complications non fautives ; celles-ci sont nombreuses et varient en fonction des pathologies traitées.

Cette dernière catégorie relève des complications générales communes aux spécialités (phlébite, hémorragies, fistules...), aux complications liées aux terrains du patient (décompensation d'un diabète, d'une insuffisance rénale ou cardiaque …), elles révèlent ou aggravent les pathologies dont le patient est déjà porteur.

Le Dr Dumontier nous dit aussi que pour « *qu'un risque se concrétise chez un patient, il y a souvent la conjonction de très nombreux facteurs : en plus du risque statistique de complications inévitable (aléa thérapeutique) entrent en cause la compétence du professionnel, le type de patient (les facteurs de risque) et même le système de santé dans lequel nous travaillons.* »[61] Par conséquent l'effort chirurgical doit porter sur la prévention de ces complications, avec pour objectif de diminuer la morbidité péri-opératoire.

2-2-3 Les accidents au bloc opératoire

Le bloc opératoire est un lieu technique où la non gestion des risques peut avoir des conséquences graves pour le patient. Les accidents au bloc opératoire ont été analysés par les assureurs du Sou Médical (groupe MACSF).[62] Ils sont divers, peu nombreux certes, une cinquantaine par an, mais de gravité souvent marquée pour le patient.

61 Ibid., p.12.

62 SICOT C., **Accidents en secteur opératoire : L'expérience du Sou Médical rapport annuels 1993-2002**, disponible sur http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr/congres2006/15_2006.pdf consulté le 14/08/10.

Les accidents les plus fréquents sont :

- les oublis de corps étrangers (32%)
- les accidents de posture (24%)
- les brûlures par bistouri électrique ou autres équipements (scialytiques, instruments non refroidis, lumière froide, matelas chauffant, capteurs d'oxymétrie...) (19%)
- les erreurs de côté d'intervention, d'étage (rachis), de doigt, de personne... (10%).

Certains de ces accidents sont en diminution : les chutes, les brûlures, les accidents d'incompatibilité transfusionnelle.

En revanche d'autres accidents ne diminuent pas au fil des années alors qu'ils sont évitables : ce sont les erreurs de personne, d'intervention ou de côté, les accidents positionnels, les erreurs d'administration médicamenteuse, les oublis de corps étrangers.

Nous pouvons constater que tous ces accidents sont liés à une rupture de la chaîne sécuritaire et que le dernier maillon n'a pas fonctionné. Ainsi les risques liés à l'accueil (identité du patient, coté opéré), et liés à l'installation montrent bien qu'il est nécessaire de les traiter en collaboration.

2-3 La prévention des risques

2-3-1 Le management des risques

Il s'agit de la mise en place d'une politique de gestion des risques au sein d'un établissement afin d'améliorer les organisations, d'influencer les décisions stratégiques et de responsabiliser les acteurs.

La gestion des risques se décompose suivant deux approches :

- une approche préventive (en amont), pour diminuer la fréquence des événements indésirables ;
- une approche réactive (en aval) qui s'intéresse aux événements indésirables survenus ou avérés, afin d'en diminuer la gravité potentielle en mettant en place des moyens de détection précoces.

Le but de la gestion des risques est de :

- *« faire passer le risque d'une zone inacceptable à une zone plus acceptable,*
- *diminuer les plaintes et les contentieux,*
- *accroitre la sécurité des patients en augmentant leur confiance (...).*

La sécurité du patient est un concept qui s'appuie sur deux principes :

- *« assurer une sécurité objective ou technique,*
- *mettre en confiance le patient et celle-ci passe fondamentalement par l'information et la communication.»*[63]

Le management des risques consiste donc à affirmer l'importance de la sécurité et à créer alors une culture de gestion des risques. Celle-ci est effective si l'ensemble des professionnels se responsabilisent et appliquent les procédures. L'information délivrée au patient sur sa prise en charge établit un climat de confiance.

2-3-2 Les procédures institutionnelles de prévention des risques

Gérer les risques ne signifie pas éliminer tous les risques. Cela consiste à définir la meilleure stratégie permettant de les prévenir ou de faire face à leurs conséquences. Pour cela il apparaît plus facile et moins risqué d'anticiper la survenue d'événements indésirables. Ainsi les établissements de santé suivent les mesures prise par l'État et les organismes référents afin de gérer les défaillances techniques, humaines, organisationnelles.

Au bloc opératoire, la prévention des risques passe par un ensemble de procédures.

Ces procédures doivent être concertées, écrites, datées et signées et faire l'objet d'une diffusion et d'une appropriation culturelle par les différents acteurs. Elles doivent être mises à jour régulièrement et leur observance doit être périodiquement contrôlée.

Ainsi nous pouvons répartir en trois catégories les procédures de sécurisation au bloc opératoire :

- les procédures opérationnelles : elles rappellent les bonnes pratiques édictées par les diverses sociétés savantes, les conduites à tenir et la standardisation de

63 ELLENBERG Eytan, **La gestion des risques à l'hôpital, quelques notions pour le cadre de santé**, In Soins Cadres, N°69, Vol 18, février 2009, p.12.

certains actes, les procédures d'accueil et d'installation des patients, les procédures d'hygiène (préparation cutanée de l'opéré, bio-nettoyage, tenue vestimentaire, lavage des mains...) etc...

- les procédures de contrôle qui nécessitent le plus souvent un inventaire des points à vérifier (fiche d'ouverture de salle,"check-list")
- les procédures de secours (conduite à tenir, en cas d'incendie, dégât des eaux...).

2-3-3 Les procédures internationales

Des procédures recommandées par l'OMS sont appliquées au bloc opératoire. Celles-ci ont été élaborées après avoir examiné les résultats du protocole universel de la commission commune américaine de 2003, et constaté que le nombre d'actes chirurgicaux effectués du mauvais coté augmentait. Dès lors l'OMS a demandé à ses états membres d'adopter les stratégies suivantes :

- inscrire comme objectif prioritaire que le bon geste chirurgical soit pratiqué au bon endroit du corps,
- mettre en place des protocoles pour :
  - *« vérifier, au stade préopératoire l'identité du patient et l'emplacement du geste chirurgical,*
  - *marquer très clairement sur le corps du patient l'emplacement de l'intervention ou l'incision par l'opérateur,*
  - *prévoir une pose préopératoire avant de commencer la procédure qui permet de s'entendre au sujet de la position, de la procédure, de l'emplacement, de tout implant ou prothèse. »*[64]
- faire participer les patients à toutes les phases de processus de vérifications (identité complète, marquage de l'emplacement de l'opération, signature de l'acte de consentement éclairé).

64 Organisation Mondiale de la Santé, OMS, **Solutions pour la sécurité des patients : Pratiquer le bon geste chirurgical au bon endroit,** Volume 1, solution 4, Mai 2007, disponible sur http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsFRENCH.pdf/ consulté le 15/08/10.

Le « pilotage des risques » doit réduire la variabilité des pratiques et standardiser celles-ci afin de limiter les accidents. Pour cela il existe des procédures et des protocoles établis. Ces recommandations ont permis, entre autres, la mise en place des bracelets d'identité et le marquage par une croix de la zone à opérer. La standardisation des procédures a permis aussi de sécuriser les sites d'intervention. Ainsi avant toute opération les IADE et les IBODE doivent vérifier un certain nombre de critères conformes au bon fonctionnement de la salle. Ces vérifications sont alors inscrites sur le dossier de traçabilité de fiche d'ouverture de salle (FOSO).

2-4 Les outils de prévention

Les recommandations établies par la haute autorité de santé (HAS) et la société française d'anesthésie et de réanimation, ont été élaborées à la suite de nombreux accidents dans le débuts des années 90, notamment en obstétrique. Le décret du 5 décembre 1994, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie, réglemente cette dernière. Ainsi apparaissent les outils sécuritaires : la consultation d'anesthésie, la traçabilité opératoire et la présence de salle de réveil deviennent obligatoires. Ces outils permettent d'harmoniser les prises en charge et réduisent par la même les événements indésirables. En ce qui concerne la traçabilité des procédures d'ouverture des salles d'opérations et du suivi des interventions, il n'existe pas aujourd'hui de réglementation particulière, seules les FOSO d'anesthésie étant obligatoires. Mais, pour être cohérents avec les démarches d'accréditation et la culture sécuritaire, les établissements élaborent cependant en interne leur propre fiche d'ouverture de salle d'opération.

2-4-1 La préparation du site d'anesthésie

La fiche d'ouverture de salle effectuée par les IADE permet la vérification du bon état et du bon fonctionnement de chaque type de matériel. Elle liste le fonctionnement de l'aspiration, des branchements des fluides médicaux, du matériel de ventilation manuel et mécanique, du matériel et drogues d'urgence. La date et l'heure seront bien entendu notées. Cette fiche sera paraphée par l'IADE puis signée par le

médecin anesthésiste responsable de la salle. Bien sûr tous les appareils défectueux ou ne répondant pas au test de mise en fonction seront remplacés et feront l'objet d'une procédure auprès de la matériovigilance.

La feuille d'anesthésie est un autre outil de sécurité, la première partie est remplie en consultation d'anesthésie par le médecin. Elle renseigne sur l'état du patient et annonce le protocole choisi. L'inscription des temps opératoires, des médicaments et doses administrées sont mentionnées.

2-4-2 La préparation du site de l'opération

La feuille d'ouverture de salle d'opération des IBODE représente une véritable check-list à établir avant de débuter toute matinée opératoire. Y figurent la vérification de la table d'opération, de l'éclairage opératoire, du bistouri électrique, des fluides, du traitement de l'air, du mobilier et de tout matériel spécifique pouvant être utilisé au cours de la vacation (colonne vidéo, amplificateur de brillance). Cette feuille indiquera le numéro de la salle, la date et l'heure où ont été faites les vérifications, sans omettre de la signer.

La feuille de suivi par intervention permet de garder trace de l'intégralité du séjour de l'opéré en salle d'opération. Les références et codes des matériaux stériles y sont également renseignés.

Les fiches techniques d'intervention permettent d'harmoniser les préparations de matériels et les pratiques professionnelles

Les fiches d'ouverture de site témoignent de la présence et de l'efficience des différents matériels et équipements nécessaires, et permettent un suivi des interventions. Elles permettent également de garder la traçabilité du déroulement de l'intervention. Leur archivage est d'une durée de 20 ans.

Nous venons de voir que les risques au bloc opératoire sont nombreux et qu'ils sont susceptibles de nuire à la sécurité des patients. Leur gestion est une priorité institutionnelle et doit garantir la qualité des soins. Nous avons également fait état des procédures ayant pour but de garantir la sécurité des soins. Notons que les procédures

d'ouverture de salle, réalisées simultanément par les IBODE et les IADE, ne sont pas mises en commun, chacun travaillant dans les protocoles qui lui sont imposés.

Malgré l'existence des fiches FOSO et les procédures de sécurité, la Haute Autorité de Santé continue de constater des accidents au bloc opératoire, même si leur nombre tend à diminuer.

Cette constatation peut être expliquée par un phénomène de déviance des procédures.

> Ainsi selon l'ANAES « la déviance s'installe chez les opérateurs par extension progressive en raison, d'une part d'un contrôle de plus en plus approximatif du fait de l'absence d'incident et d'accident, et d'autre part de la tolérance de la hiérarchie. (…)
> En effet, les opérateurs, sachant qu'ils transgressent une norme, mettent en place des stratégies personnelles de maîtrise du risque. La correction de la déviance peut paradoxalement accroître le risque par suppression de cette sécurité. La déviance est la conséquence de l'adaptation d'un système et de ses acteurs. La déviance par rapport aux normes internes ou externes s'observe dans tous les domaines d'activité. Elle concerne les pratiques individuelles, l'encadrement et le management. »[65]

Afin de continuer à diminuer le nombre d'accidents au bloc opératoire et de sécuriser le système en limitant les déviances, l'HAS à établi une « check-list » rendue obligatoire depuis le 1er janvier 2010. Pour certains auteurs si « *la stratégie mise en place jusqu'à aujourd'hui n'a pas permis de diminuer le nombre d'événements indésirables liés aux soins, c'est peut-être que des barrières d'ordre culturel entravent son intégration dans la pratique quotidienne des professionnels. L'instauration d'une culture différente, dont les caractéristiques répondent mieux aux besoins actuels de sécurisation des soins, serait le chainon manquant à la complète réussite des initiatives mises en place jusqu'à présent.* »[66]

Ainsi l'arrivée de ce nouvel outil sécuritaire, sous forme de check-list commune donne l'espoir du chainon manquant.

Voyons maintenant comment a été créé ce nouvel outil sécuritaire, quels sont les critères retenus, puis comment il peut être appliqué.

---

65 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, ANAES, **Principe méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé**, Janvier 2003, p. 24.

66 OCCELLI P et coll, **La culture de sécurité en santé : un concept en plein émergence**, in Risque & Qualité, N°4, vol IV, 2007, p. 208.

2-5 La mise en place de la check-list

2-5-1 Qu'est ce qu'une check-list

Une check-list est un mot anglais désignant la liste de diverses opérations à effectuer dans un ordre chronologique. Cet outil, bien connu dans l'aviation, est une procédure de sécurité consistant à vérifier si l'appareil est en état pour effectuer un vol. Cette opération se déroule généralement à voix haute et / ou en cochant une liste écrite de procédure.

D'une manière générale les objectifs des check-list sont :

- *« stratégie de défense contre les erreurs humaines*
- *aide-mémoires pour la réalisation de tâches*
- *standardisation des tâches pour faciliter la coordination au sein des équipes*
- *moyens de créer et de maintenir une culture sécurité au bloc opératoire.»*[67]

2-5-2 La genèse de la check-list

Selon l'OMS, le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans le monde chaque année est de 234 millions. Dans les pays industrialisés, « *la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0,4 à 0,8 %, et le taux de complications postopératoires graves serait de 3 à 16 % ; la moitié de ces complications est considérée comme évitable. »*[68]

Partant de ce constat, l'OMS a élaboré un programme visant à réduire les taux de complications et décès postopératoires. Celui-ci s'appuie sur l'expérience de l'aviation et

67 VERDAASDONK E. et al, **Requirements for the design and implementation of check-list for surgical processes,** in Surg Endosc, 2008, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/check-list_2009_biblio.pdf, consulté le 16/08/10.

68 Haynes A. et al, **A surgical safety checklist to reduce mobidity and mortality in a global population**, in In new englend journal of medecin, 29 janvier 2009, pp. 491-499, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/check-list_2009_biblio.pdf, consulté le 16/08/10.

ses très bon résultats en matière de sécurité. Ainsi une liste de recommandations de 19 items est élaborée afin de mener une étude comparative. Cette liste inclut des items aussi simples que : vérifier l'identité du patient, qu'il a bien reçu un traitement antibiotique préventif, recompter les instruments après l'opération...
L'étude publiée en 2009 a conclu que dans le cas d'une opération chirurgicale, que ce soit dans un hôpital moderne de pays riche ou dans un pays dit "pauvre", la vérification systématique et à voix haute des 19 points pendant et après l'opération réduisait de 36 % le risque de complication dans le mois suivant l'opération.
Le temps qui peut sembler perdu au moment de l'opération est largement récupéré par la diminution des échecs et récidives.
La conclusion de cette étude montre que si l'on applique cette méthode au nombre d'opérations dans le monde, le nombre de personnes sauvées ou mieux soignées ne serait pas négligeable si cette pratique était généralisée ou obligatoire.

Ainsi dès la publication de l'étude, la National Patient Safety Agency a demandé, le 15 janvier 2009, à tous les établissements de santé de mettre en place une check-list très proche de celle de l'OMS et ce au plus tard au 1er février 2010.

2-5-3 De la check-list de l'OMS à celle de l'HAS

Si la check-list de l'HAS reprend les mêmes objectifs, ses items sont quelque peut différents. Ils ont été adaptés aux organisations de travail et à la culture française.
Certains items on été reformulés comme celui de la vérification de l'identité du patient, en insistant sur sa participation active. Il a été rajouté un critère de positionnement du patient.
De plus la check-list française se démarque sur deux points :

- *« la présentation du document est sous forme recto-verso, avec au verso le mode d'emploi*
- *un encart a été prévu pour «les No Go», espace à compléter pour confirmer, ou non, l'intervention, lorsqu'il est répondu négativement à un des items ou*

préciser l'attitude alternative retenue par l'équipe. » [69]

2-5-4 Les objectifs et le fonctionnement de la check-list de l'HAS

L'objectif de la check-list est de :

- *« renforcer l'implication des équipes de soins en matière de sécurité au bloc opératoire*
- *s'assurer de la réalisation optimale de l'intervention (procédures, site)*
- *renforcer la sécurité anesthésique*
- *lutter contre les infections du site opératoire*
- *améliorer la communication au sein des équipes.»*[70]

La check-list intègre les procédures qui étaient déjà en place auparavant et qui étaient appliquées par les différents personnels du bloc opératoire. Elle s'applique à tous les types de chirurgie. Elle n'est pas modifiable en tant que telle mais peut donner lieu à des compléments suivant les spécialités chirurgicales.

Elle se découpe en trois temps de pause :

- Avant l'induction d'anesthésie. L'objectif est d'éviter une erreur d'identité, du site opératoire, ainsi que les problèmes d'installation, de matériel, d'intubation ou d'hémorragie. Le patient est alors encore conscient, il participe activement en répondant aux différentes questions.
- Avant l'intervention chirurgicale. C'est la vérification ultime croisée au sein de l'équipe. Elle permet de vérifier l'absence de complication d'installation, d'erreur du site, la prévention du risque infectieux, et permet une communication des difficultés éventuelles entre anesthésiste et chirurgien.
- Après l'intervention et avant la sortie de salle. Cette étape permet d'éviter l'oubli de matériel, de vérifier la traçabilité des prélèvements, de communiquer sur les

69 TAMBURINI S., **La check-list au bloc opératoire : entretien avec le Dr P. CABARROT**, in Responsabilité, N°36, Vol 9, Décembre 2009, p. 9.

70 Ibid. p. 8.

incidents éventuels ou la modification de l'acte réalisé et enfin de ne pas oublier les prescriptions post-opératoires.

Dans la pratique le « *renseignement de la check-list est évalué entre une à deux minutes. Chaque acteur du bloc procède aux vérifications qui le concernent à haute voix, et c'est généralement l'infirmière de salle qui coche les items au fur et à mesure sur le document.* »[71] Lorsqu'un élément n'est pas mentionné, alors la question est posée.
Celui qui remplit la fiche est appelé le coordinateur. Il est décrit comme étant le plus souvent « *un personnel infirmier, en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste responsable de l'intervention.* »[72]

Nous venons de voir que ce nouvel outil de sécurité est porteur de beaucoup d'espoir quant à l'amélioration de la sécurité au bloc opératoire. Il repose sur des études prouvant son efficacité, la simplicité de sa mise en place et son coût très réduit. Cette check-list permet un temps de partage d'informations croisées. Son but est de réduire les événements indésirables et d'améliorer la sécurité des patients.
Les premières études montrent que la communication entre professionnels est ainsi améliorée. Ce briefing interprofessionnel induit une vraie réflexion sur le travail en équipe et sur le rôle de chacun dans la sécurité des soins.
Le travail est alors organisé autour du patient, celui-ci étant actif dans la réalisation de la première étape.
Ainsi on est en droit de penser que ce mode d'organisation rapproche les disciplines et favorise la collaboration entre les équipes.

Nous aborderons maintenant dans le troisième chapitre le concept de « collaboration ».

71 Ibid. p. 9.

72 Annexe 1, HAS, Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », Version 2010-02, Mode d'emploi.

Chapitre 3 : Travailler ensemble : la collaboration, de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité

Le travail à l'hôpital, comme dans toute autre entreprise, met en lien les individus pour réaliser des tâches et les mener à terme. Nous passons une partie de notre vie dans des espaces collectifs où nous établissons des rapports avec nos collègues de travail afin d'assurer la continuité des soins. Ces rapports peuvent être simples ou complexes suivant la mixité professionnelle. Pour mener à bien notre travail il est nécessaire d'établir un partenariat, une collaboration.

L'évolution de la société, les changements du système de santé depuis quelques décennies (fusion d'établissements, création de services ambulatoires, nécessité d'efficience) ont modifié les valeurs et les pratiques professionnelles, et de ce fait les organisations de travail. Ainsi la notion de travail en collaboration a pris une dimension particulière en insufflant au fil des années une idée de partage, d'entente, de confiance. De ce fait la collaboration n'a pas la même définition qu'hier.

Afin de mieux comprendre la notion de collaboration nous tenterons de définir ce concept dans un premier temps, puis dans un deuxième temps nous aborderons le travail pluridisciplinaire au bloc opératoire. Nous terminerons enfin par la présentation d'une nouvelle approche du travail en collaboration : l'interdisciplinarité.

3-1 Qu'est ce que la collaboration

3-1-1 Définitions

De manière générale la collaboration est définie par le dictionnaire Larousse comme « *une action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres.* »[73]Le verbe collaborer désigne le fait de « *travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune.* »[74]

73 Dictionnaire Larousse, disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration consulté le 21/08/10.

74 Ibid. http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer consulté le 22/08/10.

Ainsi la collaboration sous-entend une rencontre et une relation de soutien, une contribution dans le travail, voire de travail en équipe.

Dans le domaine de la santé cette notion apparaît dans les années 40, lors des premières grandes constructions de structures hospitalières modernes. Les progrès de la médecine et la naissance de nouvelles disciplines médicales et paramédicales mettent en relation des spécialités qui n'étaient pas à même de se croiser. Il a fallu s'entendre, s'organiser et communiquer pour travailler ensemble. À cette époque la collaboration se définissait comme le regroupement de plusieurs disciplines dans un même lieu en espérant qu'il en résulterait une action de soin qualitativement supérieure. Dans les années 70 le travail interprofessionnel prend toute son ampleur. Apparaît alors la notion novatrice de « pratique conjointe ». Ainsi travailler ensemble a permis de transférer des compétences d'une discipline à une autre.
Depuis le début des années 90, la notion de collaboration s'est dotée en plus d'une dimension politique. Les déficits budgétaires, les scandales médicaux (sang contaminé, clinique du sport, hormone de croissance...) et la pénurie de personnel ont modifié la perception de l'hôpital public. Il est devenu nécessaire de rendre la collaboration plus efficiente et organisée.

La collaboration en milieu hospitalier est un concept complexe. Sa définition est vague et variable.

Pour Danielle D'AMOUR, professeur à la faculté des sciences infirmières, la collaboration présuppose d'emblée une action collective, une action orientée, un esprit d'entente, de l'harmonie et de la confiance. Elle nous dit aussi que le terme « collaborer » a changé de sens au fil du temps, d'une situation spontanée d'entraide, la collaboration est « *devenue dans nos organisations un acte nécessaire, organisé, formalisé et sur lequel on réfléchit dans le but d'accroître l'effet positif principal qu'on lui attribue : l'efficience.* »[75]

75 GOULET O, DALLAIRE C**, Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives ;** D'AMOUR Danielle**, La collaboration professionnelle : un choix obligé**, Chapitre 17, Québec, Éditions Morin, 2002, p.337.

Ainsi la collaboration prend une connotation de rentabilité et de performance. De plus D. D'AMOUR ajoute que cette efficience se renforce par l'addition des compétences, c'est alors que la collaboration est « *un acte collectif de personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise séparément.* »[76]

Suivant les courants de pensées ou les approches culturelles, la collaboration s'interprète de diverses manières. Ainsi certains auteurs la considèrent comme un partenariat reflétant une philosophie commune au soin. Pour d'autres il s'agit de partager les décisions, et de ce fait de partager les pouvoirs. D'autres enfin voient en la collaboration une relation de coopération qui n'est pas conditionnée par les liens de hiérarchie. Dans ces divers points de vue nous pouvons remarquer la volonté des auteurs de vouloir rapprocher les individus et de partager les décisions importantes. Cette notion de partage implique que les compétences des disciplines de chacun se rapprochent.

Compte tenu des nombreuses définitions existantes, il me semble important d'en choisir une qui apparait plus générique et adaptée au milieu hospitalier. Retenons donc la définition proposée par D. D'AMOUR pour qui la collaboration consiste en *« une structuration d'actions collectives à travers le partage de l'information et de la prise de décisions dans les processus cliniques. »*[77]

Nous venons de voir que la définition de la collaboration peut être perçue de différentes manières. Son explication et son application dans les services de soins ne se font pas sans rencontrer quelques difficultés. De plus, Danielle D'AMOUR précise que la collaboration ne va pas de soi, qu'elle ne peut être forcée et qu'elle n'est pas spontanée. Elle « *s'apprivoise et provient d'un profond désir de travailler avec les autres.* »[78]

76 Ibid. p.343.

77 Ibid. p 344.

78 Ibid. p 347.

D'autre part, l'auteur nous informe que pour réussir une collaboration celle-ci doit être mise en place en prenant en compte trois dimensions : une dimension organisationnelle (réorganisation du travail), une dimension politique (volonté de réorganiser le processus décisionnel, diminution des enjeux de pouvoir), une dimension morale (établir des valeurs et une philosophie de soins communes à tous).
Ainsi nous voyons que la collaboration doit être une volonté institutionnelle et que la détermination des individus ne suffit plus à l'heure actuelle.

3-1-2 Comment collaborer : l'importance de la communication

La communication est l'un des piliers de la mise en place et du bon fonctionnement d'une collaboration. Pour cela il faut tout d'abord avoir un langage commun. Chaque corps de métier possède son propre vocabulaire, adapté à sa spécialité. Le bloc opératoire possédant son propre jargon, il est important que tout le monde utilise le même vocabulaire pour bien se comprendre.
Afin de réaliser un travail dont le but est commun, il est nécessaire d'établir des liens, afin de répartir les tâches, donner les objectifs ou se transmettre des informations importantes. Pour cela il existe de nombreux types de communication, verbale ou non verbale, qui se structurent essentiellement autour de deux sens : l'ouïe et la vue. Ainsi les individus peuvent communiquer entre eux par la parole, les écrits, les gestes, le téléphone... À l'hôpital, la communication est organisée en pyramide ou hiérarchisée, elle s'élabore sous forme de notes, d'affiches, de messages transmis par réseau internet...
Bien évidemment pour communiquer il est primordial qu'il y ait un émetteur, qui donne l'information, un récepteur ou destinataire, qui la réceptionne et la traite, et bien sûr le message, qui en est le contenu.

La communication peut être unidirectionnelle, c'est à dire qu'elle s'établit d'un émetteur vers un récepteur sans qu'il y ait réciprocité. C'est le cas lorsque l'on affiche sur un mur des messages purement informatifs sans attendre de réponses, ou lorsque l'on assiste à un cours magistral.

La communication peut être réciproque (ou bilatérale), elle s'établit lorsque l'émetteur et le récepteur font alterner leurs rôles. C'est ce qui se passe au cours d'une

conversation courante. Apparaît alors la notion de « feed-back », ou rétroaction. Il s'agit pour le récepteur d'intégrer le message de l'autre, de pouvoir en ré-exprimer le contenu et les sentiments, sans les déformer.
Ce type de communication, dans un univers professionnel, demande une grande disponibilité, une attention maximale à tous les signes, verbaux et non verbaux. Cela demande aussi beaucoup de temps.

Il existe un paradoxe avec la communication de type rétroactif : si communiquer est apparemment l'acte le plus simple et le plus banal qui soit, l'analyse des informations échangées reste subjective. Les messages sont rarement clairs et univoques mais comportent souvent une pluralité de significations. Cette subjectivité peut se révéler délétère voire nocive au sein d'une entreprise, et encore plus dommageable dans l'enceinte d'un hôpital. En effet on peut aisément imaginer les risques encourus par les patients si chaque infirmière interprète à sa manière les demandes et prescriptions médicales.
Afin de limiter les interprétations et d'améliorer la communication, les établissements de santé ont mis en place des procédures : les protocoles.
Les protocoles représentent un atout important dans la collaboration à l'hôpital. Un protocole est un ensemble de règles établies, de conventions, nécessaires pour faire coopérer des individus à distance, établir et entretenir des échanges d'informations entre eux. Ainsi il existe un support, réglementant la réalisation des tâches prédéfinies. Cet outil de collaboration permet au service de soins d'être plus sûr et plus rapide dans la réalisation des tâches. Il harmonise les pratiques.

Au bloc opératoire la communication se doit d'être simple, claire et sans équivoque.
La communication unidirectionnelle est présente par le biais du tableau de programmation du bloc opératoire. On retrouve ainsi l'identité des patients, la nature de l'intervention, l'ordre de passage, les intervenants, le numéro de la salle. Puis par les différents dossiers : de soins, d'anesthésie, médicaux. Une fois renseignés, les IADE et les IBODE appliquent les procédures établies. Pour chaque intervention des protocoles

sont mis en places et appliqués afin d'harmoniser les pratiques, diminuer les risques et optimiser les temps opératoires.
La communication bilatérale s'articule autour du patient, tout d'abord lors de l'accueil de celui-ci par le questionnement sécuritaire. Puis, lors de l'installation et de l'intervention, la communication s'établit entre les intervenants. Enfin lors de la phase de réveil les échanges ont lieu entre le patient et les infirmiers de salle de réveil.

3-2 Les avantages et les freins de la collaboration

3-2-1 Les bénéfices de la collaboration

Les avantages de la pratique en collaboration interprofessionnelle concernent aussi bien les patients que les pourvoyeurs de soins. En effet, ces avantages se sont précisés avec les années et les différentes expériences et études menées dans le monde.
Plusieurs études indiquent que la collaboration a permis :

- de modifier les attitudes et les perceptions négatives en remédiant à des problèmes de confiance et de communication entre professionnels
- de renforcer les compétences
- de promouvoir la satisfaction du travail et de diminuer le stress en encourageant l'esprit d'équipe tout en valorisant les rôles respectifs et en favorisant le changement dans la pratique
- de créer un environnement de travail plus flexible
- de réduire les coûts et d'augmenter la productivité du personnel.

Le concept de collaboration interprofessionnelle est aussi bénéfique pour les patients : il permet et favorise une approche globale des situations, et aboutit à des résultats positifs. Cette dernière corrélation est confirmée par l'étude de Baggs[79] et ses collègues : la communication, la coordination et l'interaction entre médecins et infirmières dans les unités de soins intensifs est en relation directe avec des résultats de santé positifs pour le patient.

79 D'AMOUR Danielle, Op.cit., p.347.

En somme nous pouvons dire que la collaboration a pour objectif premier d'améliorer la qualité des soins, de renforcer l'esprit d'équipe, et possède aussi un enjeu économique. Elle est donc mise en place afin d'optimiser l'organisation du travail. L'activité à l'hôpital et au bloc opératoire étant réalisée par un grand nombre d'individus, il va de soi que travailler ensemble n'est pas forcément une sinécure. Comme nous l'avons vu plus haut, la collaboration ne peut être forcée et provient d'un profond désir de travailler ensemble. Voyons quels en sont les freins.

3-2-2 Les difficultés de la collaboration

La littérature, sur la pratique en collaboration interprofessionnelle, révèle les difficultés inhérentes à la réalisation d'un travail efficace entre professionnels de disciplines différentes.

Il est reconnu que le plus grand défi auquel fait face ce concept réside dans l'absence d'une compréhension commune entre des disciplines qui utilisent des vocabulaires et des modes de questionnement différents.

À cela s'ajoutent les différences historiques et culturelles, les rivalités interprofessionnelles et intraprofessionnelles.

La formation des professionnels de santé peut également constituer un obstacle à la collaboration. En effet elle est le plus souvent dispensée de manière cloisonnée, et de ce fait n'incite pas à expérimenter la pratique en collaboration interprofessionnelle. Dans un tel contexte, selon D. D'AMOUR, il semblerait que la collaboration s'oppose à toute logique professionnelle. La raison principale de cette opposition réside dans ce qui est connu en sociologie comme « l'héritage du modèle professionnel » : le professionnel hérite d'une culture de travail qui prône l'autonomie alors que la notion d'équipe valorise la collaboration et la complémentarité. De plus, durant leur formation, les professionnels de santé développent des philosophies, des valeurs et des perspectives théoriques différentes et souvent divergentes, celles-ci ne faisant qu'augmenter les sources potentielles de conflits. De ce fait les diverses cultures freinent le développement d'une réelle pratique en collaboration.

La notion de discipline pouvant être un frein à la mise en place de la collaboration, l'amélioration du concept de « travailler ensemble » doit donc s'appuyer sur un décloisonnement et sur le rapprochement des individus. La connaissance de l'autre et le langage commun semblent être un des moyens d'optimiser la collaboration.

Idéalement, au bloc opératoire l'application de la collaboration doit permettre de prendre des décisions de manière collégiale, en renforçant l'équité des connaissances de chacun. Le leader (souvent le cadre du bloc opératoire) doit insuffler des valeurs communes et organiser la communication de manière horizontale. La rencontre et la connaissance des différents acteurs de soins doit renforcer l'esprit d'équipe.
Voyons maintenant comment se déroule la collaboration au bloc opératoire.

3-3 La collaboration au bloc opératoire : une approche pluridisciplinaire

3-3-1 La notion de discipline

Le bloc opératoire est un lieu de croisement de disciplines. Nous avons vu plus haut que le nombre d'intervenants pouvait être un frein à la collaboration, que celle-ci nécessitait d'être organisée, et qu'elle ne va pas de soi. À l'heure actuelle tous les prérequis à une pratique de collaboration ne sont pas rassemblés. Mais pour autant, le travail au bloc opératoire s'effectue. Nous avons vu que chaque professionnel applique les procédures établies et qu'il n'y avait pas forcément de croisement des disciplines. Cette approche du travail fait référence à la pluridisciplinarité, concept que nous allons maintenant examiner.

Le préfixe “pluri“ signifie plusieurs. Vient ensuite la notion de discipline, qui renvoie à trois grandes notions : *« celle d'ensemble de règles à suivre, celle de branche de la connaissance et celle de champ d'activités. »*[80]
La notion de discipline suppose donc l'obéissance à des règles établies et par conséquent sous-entend une sanction en absence de respect de ces règles. Elle renvoie aussi à

80 Encyclopédie libre Wikipédia, Discipline, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Discipline consulté le 29/08/10.

l'identité d'une profession, par laquelle se transmettent les savoirs, les valeurs, son histoire. Enfin, une discipline se détache d'une autre par les domaines de son exercice.

En somme une discipline est un ensemble de contraintes qui permet de maitriser les usages, les règles, individuelles ou collectives, ou de maitriser l'ensemble des connaissances d'une matière, d'une activité, d'une recherche. Ainsi la discipline est donc à la fois une limitation et une maitrise.

Il existe de nombreuses disciplines : on parle de discipline sportive, scolaire, artistique… La médecine est une discipline scientifique qui intègre en son sein même des disciplines propres : chacune des différentes spécialisations médicales entre dans un champ disciplinaire qui lui est spécifique. Ainsi un infirmier anesthésiste appartient à la discipline globale des soins infirmiers et à celle, plus spécifique, de l'anesthésie.

De plus il est important de savoir que le concept de discipline est évolutif. Selon le professeur Barbara DUFOUR, « *une discipline naît (phase pré-paradigmatique), une discipline vit (phase paradigmatique), une discipline peut se scléroser (phase post-paradigmatique). »*[81]

En effet une discipline naît d'une demande du monde extérieur, comme le besoin de personnel capable d'aider à opérer pendant une guerre. Les infirmiers se forment et adoptent de nouvelles pratiques : apparaît alors la spécialisation des infirmiers de bloc.

Une discipline vit lorsque celle-ci forme un groupe, une communauté et qu'elle est reconnue par la société. Les savoirs se transmettent, évoluent avec la recherche et les pratiques. C'est le cas des disciplines médicales et paramédicales qui évoluent depuis des siècles.

Enfin une discipline se sclérose, s'immobilise, lorsqu'il n'y a plus de recherche, plus d'évolution. C'est à dire que l'on continue de l'enseigner et de l'utiliser, mais il n'y a plus de recherche. La trigonométrie et le solfège en sont des exemples, même si leur enseignement est toujours actuel de même que leur utilisation.

Chaque discipline établit une *« grille de lecture à travers laquelle elle étudie le monde et grâce à laquelle elle sélectionne ce qui l'intéresse.(...) Un paradigme, ce sont les lunettes avec lesquelles on lit le monde. »*[82] La compréhension de cette notion est

81 DUFOUR Barbara, **L'interdisciplinarité : approche interdisciplinaire et soins les fondements de l'interdisciplinarité**, In Recherche en soins infirmiers, N°79, Décembre 2004, p.6.

82 Ibid. p.5.

importante lorsque l'on travaille dans plusieurs champs disciplinaires. Ainsi, pour un patient porteur d'une prothèse de hanche devant subir une intervention, l'IBODE traduira « où coller la plaque de bistouri », l'IADE traduira « attention à l'installation pour éviter la luxation ». Une même donnée induit donc deux visions, deux langages, deux techniques, deux logiques, deux organisations. Edgar MORIN, sociologue et philosophe français, nous dit que plus une discipline devient hyper spécialisée plus elle limite son champ d'action et perd en globalité, et que la « *frontière disciplinaire, son langage et ses concepts propres vont isoler la discipline par rapport aux autres.* »[83]

3-3-2 La pluridisciplinarité

La notion de discipliné étant définie, il est plus simple de comprendre ce qu'implique la pluridisciplinarité. « *Elle consiste à aborder un objet d'étude selon les différents points de vue de la juxtaposition de regards spécialisés. Il s'agit de faire coexister le travail de plusieurs disciplines.* »[84]

Ainsi le travail pluridisciplinaire réunit plusieurs disciplines sans qu'il y ait l'intention d'intégrer ou de synthétiser collectivement l'information. Il s'agit d'une collaboration de plusieurs professionnels sur un sujet commun et de la juxtaposition de leurs conclusions pour l'obtention du résultat final. Chacun travaille donc dans son domaine de compétences, côte à côte. Cette manière d'aborder le travail renvoie à la notion de “taylorisme“ où la rationalisation des compétences est à son paroxysme. Cette forme de collaboration est efficiente, elle additionne les savoirs ; en revanche les échanges et le lien entre les professions paraissent relativement pauvres.

Afin d'optimiser les organisations et améliorer la collaboration, la notion de travail pluridisciplinaire a été inscrite dans la loi du 17 janvier 2002[85] qui réforme la structure du système de prévention. Cette loi pose le principe de la pluridisciplinarité, et la rend

83 MORIN Edgar, **Sur l'interdisciplinarité**, Version du texte publié dans *Carrefour des sciences* , Actes du Colloque du Comité National de la Recherche Scientifique *Interdisciplinarité* , Introduction par François Kourilsky, Éditions du CNRS, 1990, disponible sur http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/bulletin/b2c2.htm, p1.

84 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Pluridisciplinarité consulté le 29/08/10.

85 Loi N°2002-73 du 17 janvier 2002, codifié à l'article L241-2, alinéas 2 et 3 du Code du travail

obligatoire, le but étant d'assurer la qualité des interventions en entreprise. Ainsi s'inscrit la volonté des établissements de santé d'instaurer le travail en collaboration. L'envie de faire travailler les différents intervenants au sein d'une structure hospitalière fait aussi partie des critères de l'accréditation. Ainsi s'organise petit à petit le travail en collaboration.

Au bloc opératoire le nombre de disciplines réunies est très important. Chacun travaille dans l'excellence de sa discipline et applique les procédures. L'échange d'informations se fait de telle sorte que chacun adapte sa prise en charge en fonction de son paradigme.

Néanmoins ce type de collaboration ne permet pas de comprendre les imbrications, les interactions, les rétroactions qui lient entre elles toutes les composantes. Cela renvoie à la théorie de la pensée complexe d'Edgar MORIN, à savoir que les champs disciplinaires ou l'hyper-spécialisation renfermés sur eux-mêmes, non intégrés à une problématique d'ensemble, empêchent de voir le global. Ainsi le découpage des disciplines interdit de saisir ce qui est tissé ensemble, autrement dit le complexe.

Nous pouvons alors penser que l'absence de vision globale peut entraîner une frustration, des conflits, la non compréhension de certaines décisions ou prises en charge. Tous les jours au bloc opératoire nous rencontrons ces situations. L'IADE ne comprenant pas tout de suite pourquoi une intervention prend du retard (problèmes de matériel, de temps chirurgicaux plus compliqués...). De même l'IBODE n'a pas forcément toutes les connaissances pour comprendre la nécessité d'une induction plus lente ou plus rapide.

En revanche nous sommes en droit d'espérer que lorsqu'il existe des champs de compétences communs au sein de disciplines distinctes, la collaboration s'en trouve renforcée. On peut ainsi être amené à penser que par le biais d'un outil simple comme la check-list, associé au croisement des disciplines et à la volonté des institutions, la collaboration s'enrichit.

S'amorce alors le travail interdisciplinaire.

3-4 Vers une nouvelle approche de la collaboration : l'interdisciplinarité

3-4-1 Qu'est ce que l'interdisciplinarité

Tout d'abord le préfixe "inter" signifie entre, parmi. Ce préfixe est perçu ici comme un partenariat des disciplines. D'une manière générale l'interdisciplinarité est définie comme « *un art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème.* »[86]

Ainsi ce mode de collaboration n'est pas juste une addition de compétences mais une rencontre puisqu'il y a confrontation. Il est donc sous-entendu que les échanges des diverses disciplines amènent à une solution consensuelle.

Malheureusement le mot interdisciplinarité n'est pas défini d'une manière unique et universelle. Le contenu du concept est susceptible d'être interprété différemment. Il apparaît, dans les textes consacrés à ce sujet, un grand nombre de termes introduisant des nuances dans les interprétations.

Pour Gérard FOURREZ, théologien, l'interdisciplinarité s'impose dans des situations particulières. Selon cet auteur la prise en charge globale est difficilement imaginable, car l'avis de chacun des intervenants est difficile à prendre en compte. En effet pour lui le fait que chacun pense avoir raison de penser comme il pense, de par sa formation et sa culture professionnelle, n'incite pas à la simplicité des relations. Pour l'auteur il est important de clarifier les enjeux d'une situation et de voir ce qu'il est réellement possible de faire.

Barbara DUFOUR, nous dit que l'interdisciplinarité « *émerge face à la conscience des limites d'une approche disciplinaire.* »[87] Ainsi, son analyse rejoint celle de G. FOURREZ puisqu'il y a une situation particulière. En effet lorsque la compétence propre d'une discipline arrive au bout de sa prise en charge, celle-ci doit chercher un autre regard, un autre champ disciplinaire pour résoudre le problème.

86 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Interdisciplinarité, consulté le 30/08/10.

87 DUFOUR Barbara, Op. Cit, p.7.

Le travail interdisciplinaire vise essentiellement à accroître la qualité des soins en associant les compétences spécifiques à chaque discipline. La notion d'équipe ne se résume donc pas à un regroupement de spécialistes effectuant des tâches en série, mais bien en une synergie des points de vues et des actions dont le but est commun.

Lorsque les auteurs parlent de synergie d'équipe, ils font alors référence à une "coopération dynamique". Elle renvoie aux diverses compétences individuelles. Ainsi de l'addition des compétences et de l'apport individuel résulte une synergie propre à faire émerger la compétence collective.

La synergie est un « *effet positif de complémentarité dans une organisation.* »[88] Elle repose sur la potentialisation des compétences de chacun et sur un consensus de collaboration. Ainsi le résultat obtenu est supérieur à la somme des parties, autrement dit le consensus professionnel est tel que « 1+1=3 »[89].

Nous pouvons donc dire que l'interdisciplinarité permet une complémentarité des disciplines les unes par rapport aux autres dans la gestion des questions complexes.

D'un point de vue pratique, le travail interdisciplinaire nécessite que chaque discipline ait accès aux informations mais aussi partage sa propre vision disciplinaire. Les échanges permettent à l'équipe de réduire les risques de clivages ou de contradictions.

En somme l'interdisciplinarité permet de faire face à la complexité, de transcender les spécialités en permettant aux professionnels de s'imprégner des compétences des autres afin de gagner en efficacité. La production d'un savoir, acquis par cette coopération, peut alors se transmettre : dans cette approche de travail l'enrichissement des disciplines est effectif.

88 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Synergie, consulté le 29/08/10.

89 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/2_%2B_2_%3D_5 , consulté le 29/08/10.

3-4-2 Les avantages et les freins du travail en interdisciplinarité

Nous venons de voir que le concept d'interdisciplinarité était une notion complexe. Néanmoins son application dans le système de santé est avantageuse. Si bien que la coopération entre professionnels de santé a fait l'objet d'une loi. Ainsi la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST), de juillet 2009 article 51[90], encourage la coopération entre les professionnels en favorisant le travail interdisciplinaire et transdisciplinaire. La création de protocoles et la délégation de soins sont les outils de cette collaboration, et les autorités espèrent ainsi voir s'élaborer de nouvelles organisations de travail.

Voyons maintenant les avantages du travail en équipe interdisciplinaire.

L'interdisciplinarité :

- offre une meilleure perception des besoins et permet une vision globale
- permet la mise en commun de l'ensemble des connaissances et crée des liens entre les disciplines
- permet d'assurer une meilleure continuité des soins
- permet de prendre des positions d'équipe et de ce fait d'offrir du soutien et de l'entraide, de diminuer le sentiment d'impuissance et les enjeux de pouvoirs
- augmente la compétence de chacun
- entraîne une satisfaction du personnel qui renforce alors la notion d'équipe
- permet une synergie des actions.

Ainsi l'organisation gagne en accessibilité des informations parce que la coordination entre les disciplines est plus fluide. La qualité des soins en est renforcée.

Malgré tous ces avantages, Monique FORMARIER, enseignante, nous dit que la mise en application de l'interdisciplinarité peut rencontrer des difficultés.

Ainsi la difficulté peut venir du fait que « *la prédominance d'une discipline sur une autre ne permet pas l'enrichissement du projet par les approches de chacun. La valorisation de l'action au détriment d'une réflexion engendre un travail*

90 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Chapitre III, Titre II, Article 51, J.O du 22 juillet 2009.

pluridisciplinaire. La recherche d'un socle conceptuel trop sophistiqué qui peut aboutir à une réorganisation complète et négliger le projet ».[91]

Il faut donc mettre en place une notion d'équité des disciplines, l'efficience et la rentabilité ne devant pas influer sur la réflexion. Enfin il faut être raisonnable en appliquant l'interdisciplinarité quand elle est réalisable.

Monique FORMARIER nous dit que les freins à l'interdisciplinarité peuvent être dus :

- *« à l'organisation disciplinaire des établissements de soins qui répond à des logiques de spécialisation et qui renforce le corporatisme*
- *à l'absence de volonté*
- *aux professions qui maîtrisent mal leur champ disciplinaire et qui ne savent pas se positionner par rapport aux autres professions*
- *à la dérive du projet interdisciplinaire vers une simple collaboration*
- *à la confusion des fonctions*
- *à une pratique enseignante qui n'intègre pas suffisamment les principes d'interdisciplinarité. »*[92]

Nous pouvons à présent dire que l'interdisciplinarité n'est pas une valeur en soi mais bien une volonté de construire et de travailler ensemble. Pour cela il est nécessaire que les professionnels se connaissent, se fassent confiance, partagent des concepts et des valeurs communes. Ainsi la potentialisation, la synergie des actions, permettent d'obtenir une vision globale et de gagner en efficacité. À l'heure où l'on demande aux organisations d'être rentables l'interdisciplinarité s'inscrit dans cette perceptive.

Adopter une démarche interdisciplinaire au quotidien incite les équipes médicales et paramédicales à regarder dans la même direction et à dépasser leur champ disciplinaire. Dans cette perspective la démarche n'est pas individuelle mais s'inscrit dans le développement d'un collectif uni et dynamique. Le patient bénéficie de cette action collective et sa prise en charge gagne en sécurité. Mais sa mise en place nécessite une volonté et une organisation propre, ce qui ne va pas sans quelques difficultés.

91 FORMARIER Monique, **L'interdisciplinarité : La place de l'interdisciplinarité dans les soins,** in Recherche en soins infirmiers, N°79, Décembre 2004, p.15.

92 Ibid.

Son application au bloc opératoire, milieu technique et très cloisonné par les nombreuses disciplines présentes, constitue un défi. Cependant l'objectif commun, qui est d'accroitre la sécurité du patient, semble être un élément suffisamment fort pour l'inscrire dans une pratique interdisciplinaire.

Ainsi l'application d'une nouvelle procédure, la check-list, pourrait permettre de passer de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Conclusion de la première partie

Les infirmiers du bloc opératoire sont à même de garantir la sécurité du patient, grâce à leur rôle propre infirmier et à leurs compétences spécifiques. Pour établir cette sécurité ils disposent d'outils de prévention et de gestion des risques. La collaboration au bloc opératoire, basée sur la pluridisciplinarité, est certes efficiente mais elle ne favorise pas les échanges et le rapprochement des individus. Le passage de la pluri à l'interdisciplinarité, grâce à l'outil sécuritaire commun, la check-list, devrait améliorer la collaboration au sein des équipes par le fait du croisement des informations et du rapprochement des disciplines.

Se repose alors la question de départ :
en quoi la check-list selon HAS entraine-t-elle une collaboration plus performante entre les IADE et IBODE ?

Afin de vérifier cette hypothèse, “la collaboration est plus performante grâce à la check-list car elle favorise le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité“, la deuxième partie de ce travail sera consacrée à une enquête présentée sous forme d'entretiens.

Deuxième partie

Des concepts à la réalité : l'enquête

Chapitre 1 : Construction et déroulement de l'enquête

Nous venons de définir dans la première partie les concepts se rattachant à la question de départ et à l'hypothèse retenue. Dans cette deuxième partie nous allons aborder les résultats de l'enquête réalisée sur la collaboration entre les IADE/IBODE au travers de la check-list.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à la méthodologie utilisée pour cette enquête. Nous verrons quelle population a été ciblée et nous indiquerons les sites choisis. Puis, nous aborderons le choix et l'élaboration de l'outil d'enquête.

Dans un second temps, nous détaillerons les résultats de l'enquête concernant la problématique et nous terminerons par les résultats concernant l'hypothèse.

1-1 Le choix de la population

Mon sujet abordant la collaboration entre les IADE et les IBODE lors de la réalisation de la check-list de l'HAS, l'orientation de mon travail de recherche va s'intéresser à ces deux types de populations.

Le public ciblé est donc constitué d'IADE et d'IBODE de tous âges, des deux sexes, expérimentés ou non, avec pour seule condition d'exercer dans le bloc opératoire depuis la mise en place de la check-list de l'HAS. J'ai souhaité recueillir leurs témoignages sur leur ressenti et sur leur pratique de mise en sécurité du patient depuis l'arrivée de cet outil.

1-2 Le choix du lieu

Pour évaluer ma problématique et mon hypothèse, j'ai voulu interroger des professionnels IADE et IBODE particulièrement investis sur le sujet de la sécurité du

patient. J'ai aussi souhaité enquêter sur des sites où la check-list de l'HAS à été mise en place dès le mois de janvier 2010, afin d'avoir un certain recul sur l'utilisation de cet outil.
J'ai donc retenu deux centres hospitaliers de la région lyonnaise répondant à ces critères.

Le premier site retenu se caractérise par son investissement professionnel dans la sécurisation du patient. En effet, ce centre hospitalier a vécu un événement indésirable grave il y a quelques années. Suite à cet événement une fiche informatisée a été mise en place, qui reprend tous les critères de vérification nécessaires à l'entrée du patient en salle d'opération. La check-list est venue renforcer cet outil informatique. La motivation du personnel pour ne plus reproduire ce genre d'erreur est donc réelle et manifeste.

Le deuxième site a été retenu pour son investissement organisationnel. En effet, cet hôpital a été un établissement pilote pour l'application de la check-list. De plus un chirurgien orthopédiste a participé à son élaboration. L'application de la check-list sur ce site a donc a été immédiatement mise en place dès son obligation.

Ces deux centres hospitaliers ont donc l'investissement et l'expérience suffisante pour évaluer les modifications de collaboration de travail entre les IADE et les IBODE.

1-3 Le choix de l'outil d'enquête et son élaboration

Pour infirmer ou confirmer l'hypothèse retenue, mon choix s'est très vite orienté vers les entretiens semi-directifs. J'ai trouvé que cette technique se prêtait mieux à mon sujet que le questionnaire, car mon travail se réfère à la collaboration et la communication, qui sont des concepts très subjectifs. Ce procédé d'investigation qui s'appuie sur une communication verbale, permet d'obtenir des résultats qualitatifs et non quantitatifs. En effet les entretiens sont plus propices à verbaliser un vécu, un ressenti.
L'entretien semi-directif va donc permettre de centrer le discours des personnes interrogées sur les trois concepts retenus. Il a aussi l'avantage de révéler l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit de ces personnels qui

peuvent rarement s'exprimer à travers un questionnaire. L'entretien garantit la confidentialité des propos recueillis et de ce fait il libère l'interviewé de la peur d'être reconnu et jugé pour ses dires. Ainsi peut s'établir un climat de confiance, condition primordiale pour obtenir des réponses spontanées et sincères. En revanche il implique pour l'enquêteur de maitriser les techniques pour encourager l'interviewé sans influencer les réponses.

Pour élaborer les questions des entretiens, je me suis appuyée sur une grille de méthodologie.[93] Celle-ci reprend les trois concepts retenus et développés dans la première partie : le soin au bloc opératoire, la gestion des risques et la collaboration. J'ai pu alors déterminer les dimensions culturelles, expérientielles et organisationnelles de chaque concept, ce qui a permis de déterminer une première série de questions.
À la vue du nombre important de questions à poser lors des entretiens, ma tutrice m'a conseillé de regrouper certaines d'entre elles : à partir d'une trentaine de questions nous en avons élaboré dix.[94]

Les questions choisies tendent à étudier d'une part la problématique, d'autre part l'hypothèse élaborée. Cela structure les questions en deux parties au sein desquelles on retrouve les concepts développés. Ainsi les questions relevant du concept de soin et celles sur la gestion des risques au bloc opératoire permettent d'évaluer les pratiques de collaboration et le caractère performant de celle-ci en réponse à la problématique. Les questions se rapportant à la collaboration permettent d'évaluer les modifications de travail des IADE et des IBODE en réponse à l'hypothèse.

Une fois le choix des questions validé par ma tutrice, j'ai réalisé un entretien test auprès d'une IADE et d'une IBODE sur mon lieu de stage, afin de vérifier le bien fondé de mes interrogations, la pertinence des questions et le temps nécessaire pour y répondre. Ces entretiens tests m'ont surtout permis d'améliorer l'aide à la reformulation et les techniques de relance tout en limitant le plus possible les biais. Ils m'ont également permis d'éclaircir les difficultés de compréhension des questions. En effet

93 Annexe n°2 : Grille d'élaboration d'enquête.

94 Annexe n°3 : Les questions des entretiens

certaines questions ont une approche très globale des concepts, ce qui peut être parfois déstabilisant pour l'interviewé.
Cette étape d'élaboration terminée, je suis partie enquêter.

1-4 La réalisation des entretiens

Après avoir pris contact avec les responsables des deux blocs opératoires retenus pour mon enquête, ceux-ci m'ont donné rendez-vous rapidement et j'ai pu réaliser les entretiens dans des délais très brefs. Tous deux ont souhaité connaître mon sujet de mémoire et ils ont informé leur équipe de ma venue et du thème global de ma recherche.

Afin d'être plus disponible avec l'interviewé et de retranscrire fidèlement ses propos j'ai enregistré les entretiens. Ils ont tous accepté et je leur en ai garanti la confidentialité. J'ai malgré tout souhaité prendre quelques notes pendant l'échange, d'une part pour transcrire les remarques implicites, dérangements ou tous événements extérieurs, et d'autre part pour poser l'entretien dans un temps solennel.

Je souhaitais réaliser les entretiens dans de bonnes conditions. La prise de notes nécessitant en effet un lieu assis, une table ou un bureau pour écrire, ils ont pu se dérouler dans le bureau du cadre dans l'un des établissements, et en salle de repos dans l'autre.

Dans l'ensemble, les entretiens réalisés dans le bureau du cadre se sont déroulés dans le calme malgré quelques dérangements. En revanche ceux réalisés en salle de repos ont été difficiles à mener et à retranscrire, les dérangements et le bruit ayant quelque peu nui à leur fluidité.

Pour obtenir un échantillon de réponses exploitable j'ai réalisé douze entretiens, six dans chaque hôpital. Dans les deux établissements j'ai interrogé trois IADE et trois IBODE. J'ai pu réaliser facilement ces interviews du fait de la bonne volonté manifestée par les équipes, le thème de mon sujet ayant plutôt suscité de l'engouement. Par ailleurs

la courte durée des entretiens (entre quinze et vingt minutes) a permis au personnel de se libérer facilement, et pour moi le temps de retranscription était raisonnable.
L'intégralité de ces entretiens a été retranscrite.

Les difficultés rencontrées ont été le bruit et surtout la relance de la dernière question. En effet, celle-ci est posée à la forme affirmative alors que certains interviewés souhaitent répondre de manière négative. Je note ici toute la difficulté de diriger un entretien sans influencer les réponses, tout en rebondissant sur le sujet et en reformulant les questions de manière subtile.

Par ailleurs le petit nombre d'entretiens réalisés ne permet pas d'établir une généralité sur ces pratiques professionnelles. Il est évident que cet échantillon ne peut représenter à lui seul toutes les pratiques et tous les avis de l'ensemble des professionnels.

Après avoir vu l'organisation de cette enquête, nous allons maintenant aborder les commentaires des différents résultats obtenus.

Chapitre 2 : Les résultats concernant la problématique

Afin de bien comprendre les résultats qui vont suivre nous allons revenir sur la problématique étudiée :

En quoi la check-list selon HAS entraine-t-elle une collaboration plus performante entre les IADE et IBODE ?

L'outil d'enquête a été élaboré afin d'évaluer la performance de la collaboration au travers de la check-list de l'HAS. Dans ce chapitre nous commencerons par donner une première lecture des résultats obtenus lors des douze entretiens.

Dans un premier temps nous verrons comment les IADE et les IBODE s'impliquent dans le concept de soin au bloc opératoire, puis dans un deuxième temps comment s'effectue la collaboration pour les soins.

Enfin dans une troisième partie nous verrons comment la check-list peut être un gain de sécurité.

2-1 Le soin et la collaboration au bloc opératoire

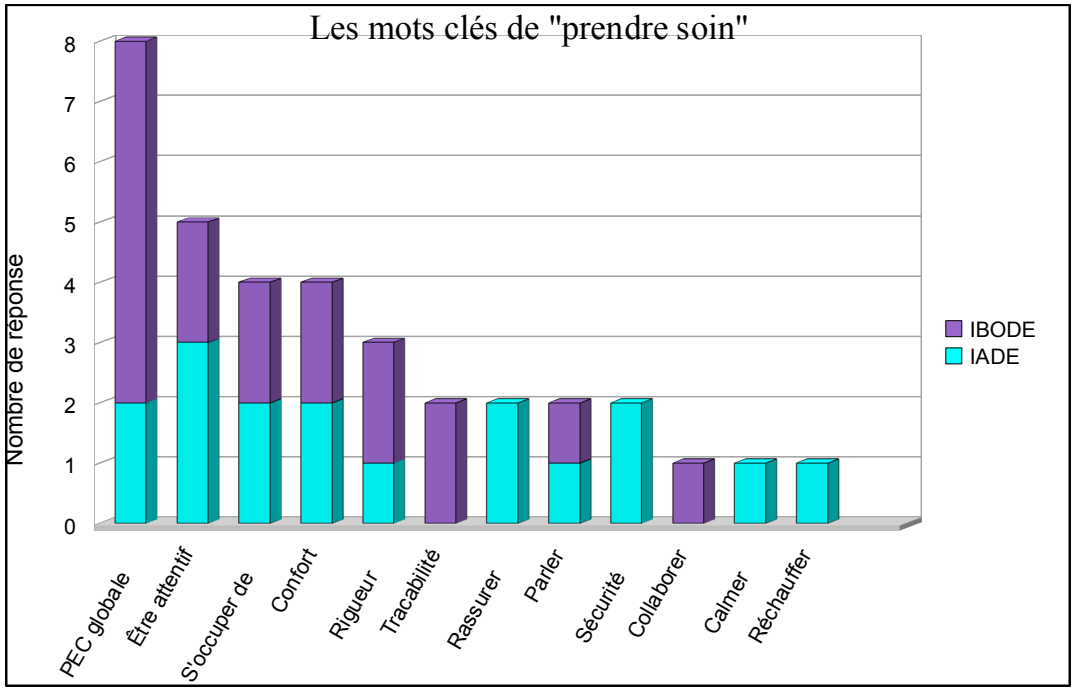
Question 1 : Comment définiriez-vous la notion de prendre soin ?

Cette première question est très générale, elle permet une entrée dans le sujet avec une vision globale. La question a été posé sous forme de “brainstorming.“

Ce concept général ayant quelque peu dérouté certaines personnes, qui trouvaient l'approche un peu brutale, je leur ai demandé d'énoncer quelques mots clés, ce qui a permis de rassurer les interviewés.

Afin de mieux visualiser et de commenter les mots clés qui ressortent de cette question, les résultats seront présentés sous forme de tableau.

PEC = prise en charge



Lorsque nous demandons ce qu'évoque pour eux le prendre soin, huit personnes sur douze répondent qu'il s'agit d'une prise en charge globale du patient. Notons que six réponses sont données par les IBODE.

Nous remarquons que l'attention portée à autrui est mentionnée cinq fois, dont trois fois pas les IADE. La notion de confort et le terme “s'occuper de“ sont cités quatre fois chacun par les deux populations.

Il est intéressant de noter que les IBODE apportent le concept de traçabilité dans leur manière de prendre soin, ainsi que celui de rigueur dans le travail, cité deux fois par les IBODE et une fois par une IADE.

Les IADE portent l'accent sur la sécurité du patient pour deux d'entre elles. Notons que pour une IBODE le prendre soin se conçoit avec un travail en collaboration. La communication est abordée par deux items, parler et rassurer, que l'on retrouve citée par quatre personnes.

Question 2 : Selon vous quels sont les particularités du prendre soin au bloc opératoire ?

La deuxième question a été posée pour évaluer l'influence du lieu sur leur prise en charge du patient au bloc opératoire. Spontanément huit personnes sur douze indiquent que cette prise en charge est très courte dans le temps et parmi elles cinq estiment que leur relation avec le patient est plus intense. Par ailleurs deux IADE insistent sur le peu de suivi qu'elles ont dans la prise en charge de leur patient.

Pour cinq IADE et une IBODE le bloc opératoire est un lieu anxiogène et stressant pour les patients, ce qui implique une modification de leur prise en charge par rapport au service. La gestion de l'anxiété et la mise en confiance du patient doivent être rapides et efficaces. Notons que pour trois personnes la peur du patient face à l'anesthésie et à la chirurgie majore le stress pré-opératoire et de ce fait les personnes interrogées s'accordent à entreprendre des relations plus rassurantes et affectives. L'accueil dans un milieu froid, très anonyme et réalisé par des inconnus "cagoulés" et "masqués" ne permet pas pour une IADE et une IBODE d'établir un climat de confiance propice à l'épanouissement des relations. Ainsi pour elles les relations au bloc opératoire sont très différentes de celles qu'elles pratiquaient en service.

Enfin pour quatre IBODE et une IADE le bloc opératoire est un lieu de soin très différent des soins prodigués en service. Il s'agit pour elles d'un autre métier, très technique avec beaucoup de matériel. Cette gestion du matériel n'est pas ressentie comme un soin proprement dit, même si elles conçoivent que sans cette préparation l'acte chirurgical ne pourrait avoir lieu.

Il est intéressant de remarquer que seulement une IADE considère que sa prise en charge au bloc opératoire doit atteindre « *un niveau de sécurité optimal »* car pour elle la particularité du soin au bloc opératoire est *« une gestion des risques très pointilleuse. »*

Question 3 : Quels sont les soins spécifiques réalisés communément au bloc opératoire par les IADE et les IBODE ?

Cette troisième question permet d'évaluer si le travail effectué au bloc opératoire comporte des soins réalisés en binôme, et de ce fait de définir le type d'organisation. Tout d'abord il est intéressant de noter que les deux sites interrogés n'ont pas eu les mêmes réponses.

Pour le premier site, les IADE et les IBODE ont eu besoin d'un temps de réflexion avant de répondre. Puis quatre personnes sur six m'ont répondu qu'elles n'assuraient pas de soin en commun, et que les rôles étaient très répartis. Pour elles les soins « *se succèdent, se précèdent* » ou sont décalés dans le temps mais ils ne sont pas communs. Chacun a son « *rôle distinct dans son domaine de compétence* » me dit une IADE, même si l'ensemble des personnes interviewées sur ce site s'accordent à dire que l'objectif de la prise en charge est commun. Lorsque je les sollicite sur l'accueil du patient, quatre sur six me répondent que celui-ci est réalisé soit par l'un soit par l'autre, et qu'accueillir le patient en binôme est anecdotique. Le temps de l'installation semble moins discordant, quatre personnes sur six concédant qu'il s'agit d'un soin en collaboration. Les IBODE font remarquer à ce propos que les IADE ne sont pas « *très performantes* » quant à la gestion des positions et de la table d'opération. Notons que cinq interviewés disent s'entraider au cours de l'intervention.

Pour le deuxième site la réponse à cette question à été plus spontanée. Cinq personnes sur six m'énoncent que l'installation du patient est le soin qu'elles réalisent le plus en commun. L'accueil et l'interrogatoire sécuritaire s'effectuent aussi dans la mesure du possible en binôme, avec le souci d'éviter les redondances de question posées au patient. Il est intéressant de noter que la moitié d'entre elles disent remplir la check-list en commun, et considèrent cette procédure comme un soin. Cette réponse est à nuancer car un biais a été introduit par une note d'information affiché dans le bureau ou se déroulait les entretiens rappelant ma venue et mon thème de recherche.
Par ailleurs quatre personnes sur six me disent que les temps de transferts en salle d'opération et au réveil sont des soins qu'elles réalisent ensemble, et aussi qu'elles

accordent un grande importance aux relèves qu'elles effectuent en salle de soin post interventionnelle. Deux IBODE insistent sur les soins de confort et le réchauffement : pour elles ces attentions portées au malade sont traitées en collaboration. Ainsi apparaît la notion d'entraide citée par trois IADE et deux IBODE, chacune déclarent « *donner un fil », «ouvrir du matériel », « apporter une couverture chauffante »*..., quand sa collègue est occupée.

Malgré les divergences de réponses des deux sites il ressort tout de même quelques similitudes dans les soins réalisés en commun. Les temps forts des soins en collaboration sont l'accueil, l'installation, les transferts et enfin l'entraide péri-opératoire. Au travers de ces réponses nous constatons deux approches du soin, et de ce fait deux organisations de travail très différentes.

2-2 La sécurité du patient pour rendre la collaboration plus performante

Question 4 : Connaissez-vous les procédures et les protocoles mis en place dans votre service ? Citez les principaux.

Par le biais de cette question nous cherchons à évaluer la connaissance des outils de prévention des risques, et indirectement à voir s'il y a des procédures utilisées en commun. Cela permet aussi de savoir si chacune a connaissance des protocoles utilisés par sa collègue.

Tout d'abord les réponses à cette question ont été plus développées par les IBODE que les IADE. Sur vingt procédures citées, quinze ont été citées par les IBODE et dix par les IADE. La procédure la plus rapportée est la fiche d'ouverture de salle : onze personnes sur douze ont désigné en premier la FOSO comme procédure et l'appliquent tous les jours.
Dans l'ensemble les IBODE ont énoncé les procédures environnementales. Toutes les IBODE (et aucune IADE) ont cité les procédures de désinfection de le salle et du

matériel. Deux IBODE sur six ont cité les flux de circulation et les circuits du personnel. Les protocoles d'hygiène ont été abordés par trois IBODE et deux IADE. Plus spécifiquement deux IBODE et une IADE ont parlé des protocoles de pose de sonde urinaire, de pose de voie veineuse périphérique. Deux IBODE ont fait référence à la préparation de peau de l'opéré, et parmi elles une a insisté sur l'installation du malade qui est protocolisée sur un cahier.

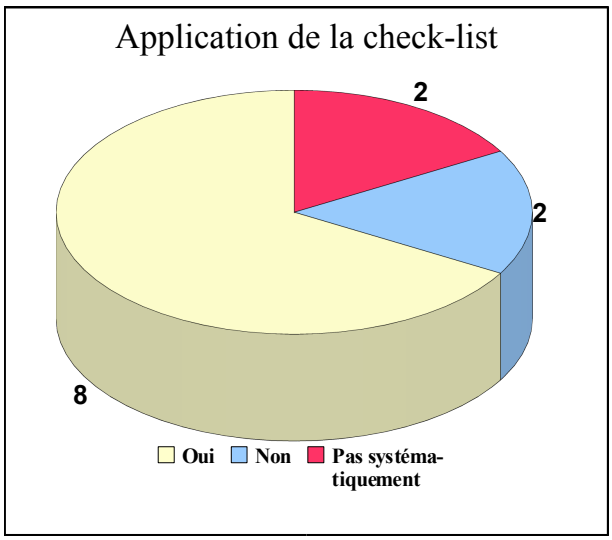
Les procédures de lavage des main ont été nommées par une IADE et une IBODE.
Notons que trois IADE et trois IBODE ont cité la check-list de HAS comme procédure qu'elles appliquent tous les jours.

Les IADE ont dans l'ensemble répondu succinctement, après avoir cité la FOSO, elles ont abordé pour deux d'entre elles les protocoles sur la douleur et sur les antibiotiques.
Une IADE a ajouté les procédures incendie.

Il ressort de cette question quelques lignes directrices : la FOSO est la procédure la plus citée, viennent ensuite les procédures de nettoyage et d'hygiène, et enfin la check-list de l'HAS.

Question 5 : L'application de l'outil de prévention des risques, la check-list, est-elle systématique ? Par qui et comment est-elle renseignée ?

Cette question permet de visualiser la répartition de la prise en charge sécuritaire du patient au travers de la check-list. Cet outil doit permettre de croiser les informations nécessaires à la prise en charge et établir un lien de collaboration.



Huit personnes sur douze disent réaliser la check-list de l'HAS tous les jours et pour chaque patient. Deux personnes apportent toutefois une nuance quant à son application en déclarant qu'elle n'est pas systématique car elle nécessite de l'investissement de la part des professionnels médicaux et paramédicaux. Elles expliquent que si le “démarrage“ de la check-list a été bien suivi, son application actuelle s'essouffle et devient fluctuante. Pour elles le manque d'investissement de la part des équipes médicales est à l'origine de ce ralentissement. Il est intéressant de noter que ces deux personnes appartiennent chacune à un site différent.

Par ailleurs les IBODE interviewées sur le premier site m'expliquent qu'elles remplissent deux check-list de suivi, puisque dans cet établissement une fiche informatique est obligatoirement renseignée avant de commencer l'intervention. Les

items demandés par l'outil informatique et la check-list de l''HAS sont quasiment les mêmes.

Pour le renseignement de la fiche, la répartition est plus laborieuse. Tout d'abord la moitié des interviewées (trois IADE et trois IBODE) indique que les IBODE remplissent la check-list dans son intégralité.
Deux IADE disent remplir la première partie lors de l'accueil du patient, ou déclarent remplir cette partie en collaboration selon la personne ayant réalisé cet accueil.
Une IADE et une IBODE signalent remplir l'intégralité de la check-list en collaboration et en cochant les cases chacune à leur tour.

La deuxième et la troisième partie de la check-list sont remplies, pour quatre interviewées, par les IBODE exclusivement.
Notons qu'aucune IADE ne renseigne la check-list de l'HAS dans sa totalité.

Lorsque l'on demande comment est cochée la check-list, quatre IBODE me disent qu'elles demandent à la remplir, et donc réclament le silence pour énoncer les items. Deux d'entre elles affirment qu'il est difficile de l'obtenir, "*il faut se faire entendre pour la deuxième partie car personne n'écoute*." Deux IBODE cochent les items quand elles entendent les informations, et ne redemandent que ceux qui n'ont pas été cités.

Au travers de cette question il est ressorti que le renseignement de cette check-list a été imposé aux IBODE sur le premier site. Celles-ci ayant déjà une check-list informatique, le caractère obligatoire de l'HAS a quelque peu provoqué des animosités au sein de l'équipe. Deux IBODE se considèrent comme "*les secrétaires de l'HAS*". Et deux IADE avouent que ce sont « *leurs collègues IBODE qui s'occupent de la paperasserie.* »

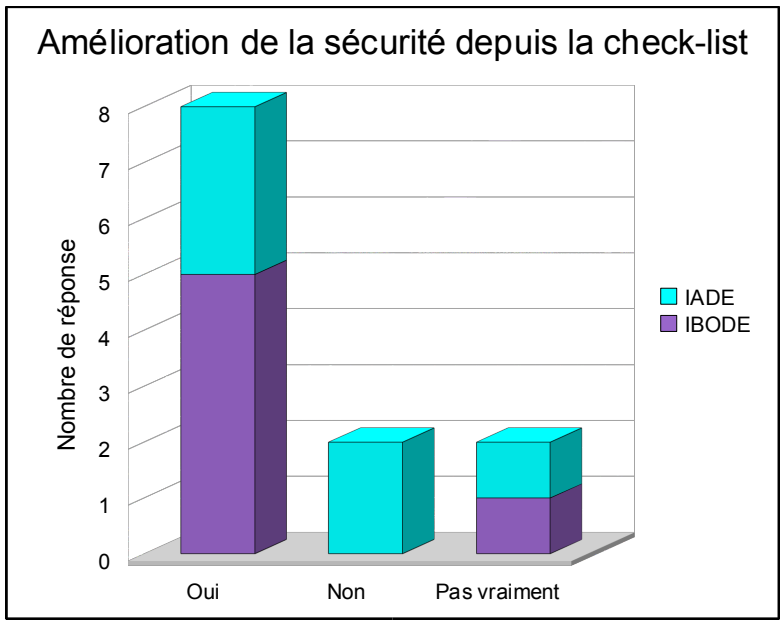
En somme nous constatons donc que la check-list est remplie en systématique dans les deux tiers des cas. Généralement la première partie est remplie par les IADE, ou par celles-ci en collaboration avec les IBODE. La deuxième et dernière partie restent

majoritairement cochées par les IBODE. Le renseignement est généralement demandé par les IBODE qui réclament un temps pour cocher les items énoncés à voix haute.

2-3 La check-list un gain de sécurité ?

Question 6 : Selon vous, la prise en charge du patient en terme de sécurité est-elle améliorée depuis la mise en place de la check-list ?

Cette question permet de vérifier si la standardisation des items de sécurité apporte un gain pour le patient et par là-même compare dans le temps les pratiques sécuritaires.
Voyons la répartition des réponses sous forme graphique.



Spontanément huit personnes ont répondu que la check-list de l'HAS avait amélioré la prise en charge des patients en gagnant en sécurité. Notons qu'il y a plus d'IBODE qui ont répondu favorablement.

Dans un premier temps les interviewés ont argumenté ce bénéfice par la convergence de plusieurs dispositifs de sécurisation impulsés par la mise en place de la check-list. En effet deux IADE et une IBODE mettent en relation les mesures comme le marquage du coté à opérer et la pose du bracelet identitaire, avec la check-list de l'HAS puisque les recommandations ont été émises en même temps. Pour elles il s'agit d'une vraie prise en charge globale qui se veut très sécuritaire.

Deux IADE trouvent que la vérification croisée des informations est un vrai gain de sécurité, et qu'elle leur permet de mieux concevoir le déroulement de l'intervention qui va suivre. Il est très intéressant de noter que pour ces deux personnes le gain de sécurité est surtout effectif en orthopédie.

Deux IBODE portent l'accent sur un item qui n'était jamais abordé auparavant, à savoir celui de l'antibio-prophylaxie. Elles s'accordent à dire que leur rôle sur ce point est minime mais que dans la vision globale de l'intervention elles gagnent en clairvoyance. Il leur arrive même de rappeler à certains remplaçants anesthésistes que dans leur établissement, pour ce type de chirurgie, une antibio-prophylaxie est recommandée.

Nous remarquons que quatre personnes répondent que la check-list ne permet pas d'améliorer la prise ne charge du patient. Pour elles l'accueil et les vérifications de sécurité étaient déjà réalisés avant la mise en place de cet outil. « *Je posais les mêmes questions et je vérifiais de manière systématique le coté à opérer ainsi que l'identité du patient avant cette fiche »* me disent-elles.

Elles aussi me rapportent que la mise en place du bracelet et le marquage du coté opérer procurent pour elles une vraie sécurité.

Le questionnement se porte sur la traçabilité : améliore t-elle la sécurité ? Elles se demandent si la traçabilité, et de ce fait la standardisation des prises en charge de manière “bureautique“, est un réel gain de sécurité pour le patient.

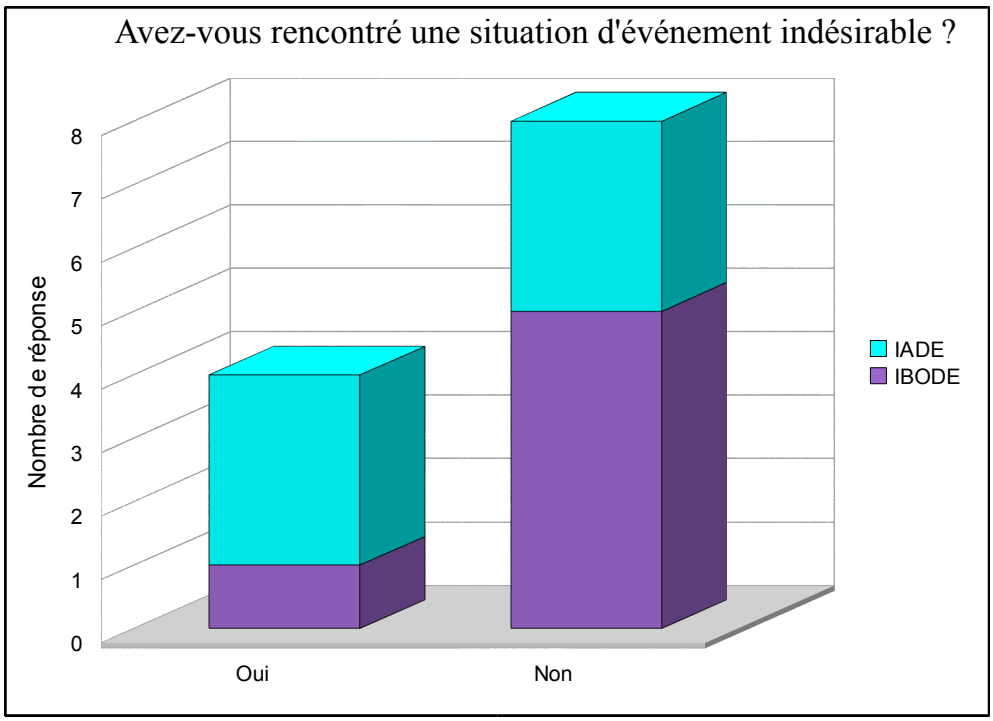
Deux IADE me disent qu'elles préfèrent poser les questions et faire toutes les vérifications plutôt que de cocher des cases sans avoir vraiment vérifié.

Pour une IADE et une IBODE le détail de la check-list permet d'améliorer la sécurité *“pour les têtes en l'air“* et pour ceux qui ne sont pas très organisés dans leur travail.

Nous venons de voir que pour 2/3 des personnes interrogées la check-list de l'HAS améliorait la sécurité des patients. Le partage des informations leur permet de gagner en clairvoyance. Mais un tiers des interviewés affirment que leur prise en charge ne diffère pas depuis la mise en place de cet outil. La check-list permet de lister les informations demandées, et la traçabilité de vérifier les oublis.

Question 7 : D'après votre expérience, l'utilisation de cette check-list vous a-t-elle permis d'éviter un événements indésirable ?

En posant cette question nous cherchons à voir si les interviewés ont rencontré des situations présentant un risques d'erreur et à évaluer l'efficacité de cet outil sécuritaire.
Examinons les résultats sous forme de tableau.



Nous constatons que quatre personnes ont pu éviter un événement indésirable potentiellement grave. Parmi ces réponses une IBODE et une IADE me disent que la check-list a permis d'éviter une erreur de coté en orthopédie après avoir effectué le retournement du patient. En effet lors de changement de position pour « *une chirurgie du tendon d'Achille il est facile d'inverser la droite et la gauche du patient* » me disent-elles. L'erreur a été rectifiée lors de la pause avant incision.

Pour les autres erreurs évitées les interviewés me citent les discordances entre le dossier du patient et son identité. Lors de l'accueil du patient elles se sont rendu compte qu'il s'agissait du mauvais dossier médical.

Une IADE explique que lorsqu'on lui a demandé si l'antibio-prophylaxie a été réalisée elle s'est rappelée que le patient était allergique à la pénicilline, elle a pu rectifier avec le médecin le protocole d'antibiotique.

Il est intéressante de rapporter la réflexion des personnes ayant évité un évènement indésirable. Toutes se demandent si le fait d'avoir évité l'erreur est imputable à la check-list. Toutes se demandent si la rectification n'aurait pas eu lieu sans cet outil, car pour elles les vérifications ont été faites de la même manière qu'avant l'application de la check-list.

Enfin huit personnes n'ont pas encore rencontré de situations susceptibles d'engendrer un événement indésirable.

Il ressort de cette question un certain scepticisme quant à la relation entre l'erreur évitée et la check-list. Elle a tout de même permis de rectifier des prises en charge potentiellement dangereuses pour le patient.

Conclusion concernant la problématique.

Après cette première lecture des résultats nous pouvons constater que le soin au bloc opératoire est une attention globale portée au malade. Le personnel infirmier s'accorde dans l'ensemble à dire que le prendre soin au bloc opératoire est différent de celui apporté en service. Il requiert une grande rigueur et est plus intense dans la relation avec le patient. La spécificité du lieu contribue aussi à renforcer les liens avec le patient. Sa prise en charge est traitée en collaboration au moment de l'accueil et de l'installation ainsi que lors des transferts. Cette collaboration n'est effective que lorsqu'il y a une bonne entente au sein de l'équipe IADE et IBODE. Dans l'ensemble les procédures de sécurité sont connues et appliquées. L'application de la check-list est quasi systématique mais son renseignement n'est pas encore conforme aux attentes de l'HAS. Les IBODE sont majoritairement celles qui remplissent cette fiche. La check-list a permis d'éviter des évènements indésirables, mais l'imputabilité de l'outil reste encore à démontrer. Dans l'ensemble les interviewés pensent que la check-list améliore le sécurité du patient au bloc opératoire.

Notre problématique initiale est donc partiellement validée. La collaboration est plus performante entre les IADE et les IBODE lorsque la notion d'équipe est importante.

Chapitre 3 : Les résultats concernant l'hypothèse

Le chapitre traite des questions en lien avec l'hypothèse : «l**a collaboration est plus performante grâce à la check-list car elle favorise le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité. »**

Dans un premier temps nous décrirons l'organisation de la collaboration des IADE et des IBODE. Puis dans un second temps nous verrons l'évolution de la communication depuis la mise en place de la check-list, et enfin nous évaluerons les changements apportés dans la collaboration.

3-1 Description du travail effectif

Question 8 : Comment définiriez-vous votre travail en collaboration entre IADE et IBODE ?

Par cette question nous cherchons à obtenir une description de l'organisation du travail et de ce fait nous pouvons évaluer s'il s'agit d'un travail se rapprochant de la pluridisciplinaire ou de l'interdisciplinarité.

Tous d'abord il est intéressant de mentionner que cinq personnes (quatre IADE et une IBODE) répondent spontanément que leur travail s'effectue en bonne collaboration.
Deux IADE et deux IBODE définissent la collaboration comme un travail d'équipe, où la complémentarité est très importante. Ainsi elles me disent que cette complémentarité harmonise leur prise en charge, surtout au moment de l'installation. « *Je m'occupe de vérifier les points d'appui des membres inférieurs et ma collègue ceux des bras, et à la fin on se dit que l'installation est correcte* » me dit une IBODE.
La notion de communication est bien décrite par deux IADE et deux IBODE. La collaboration est pour elles un échange d'informations qui permet à chacune de s'organiser. Ainsi elles me disent que si leur collègue ne les renseigne pas sur le

déroulement de l'intervention ou sur les particularités qu'elle a recueillies auprès du patient, sa prise en charge ne peut être complète. L'information échangée est parfois implicite et s'effectue d'un simple regard lorsqu'elles travaillent avec des personnes qu'elles connaissent bien et en qui elles ont confiance.

Une IADE et une IBODE déclarent que la collaboration se renforce lorsque qu'elles travail en ORL (Oto-Rhino-Laryngologie). En effet le fait de partager le même site opératoire contribue à renforcer les échanges. « *J'ai besoin que ma collègue instrumentiste me dise en cours d'intervention comment est fixée la sonde d'intubation, et j'ai besoin de son attention lorsqu'elle retire les champs opératoires, »* me dit une IADE.

Deux personnes pensent que leur travail en collaboration est avant tout d'aboutir à un objectif commun : la prise en charge du patient. Pour elles les soins peuvent être réalisés en commun, se succéder ou se précéder tant qu'ils aboutissent à une prise en charge globale.

La collaboration se définit pour trois interviewés par une entraide péri-opératoire, chacun aidant son collègue lorsqu'il est occupé.

Pour deux IBODE et une IADE leur travail en collaboration est très cloisonné. Même lors de l'accueil et de l'installation du patient chacun est dans son rôle propre. Pour eux la collaboration est difficile. Le fait de travailler ensemble ne veut pas dire collaborer. Chacun fait son travail me dit une IADE. Les IBODE regrettent qu'il n'y ait pas plus de curiosité vis à vis de leur travail et se déclarent comme « *les secrétaires du bloc. »*

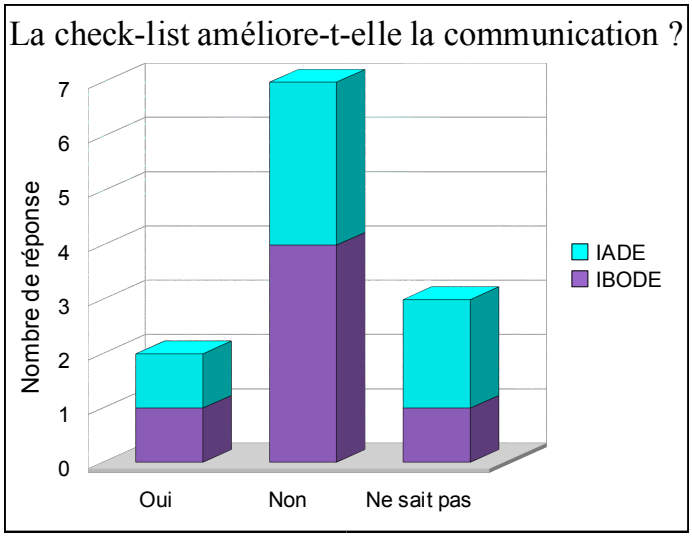
Néanmoins ils s'accordent à dire qu'ils transmettent les informations importantes à leur collègue.

Il ressort que sur le premier site la collaboration est plus difficile à réaliser du fait d'une organisation de travail très cloisonnée. Sur le deuxième site la collaboration est plus harmonieuse.

3-2 L'évolution de la communication

Question 9 : Selon vous, l'utilisation de la check-list lors de la prise en charge du patient a t-elle facilité et favorisé la communication entre IADE/IBODE ?

Cette question a été posée afin de vérifier si l'un des objectifs de la check-list (améliorer la communication) est atteint ou non. Elle permet aussi de comprendre comment communiquent les équipes.



Tout d'abord j'ai été très surprise par les résultats de cette question. Les réponses ont été très directes et ont fait l'objet de réflexions et de constats sur la communication au travail.

Nous remarquons que sept personnes sur douze répondent que la check-list n'a pas amélioré la communication au sein de leur travail. Et trois personnes s'interrogent encore sur l'intérêt de ce support pour améliorer la communication.
Six interviewés expliquent que la communication existait avant la mise en place de la check-list. Pour eux, elle n'a pas vraiment changé leur manière d'aborder le patient « *je posais la même question avant* » mes disent-ils.

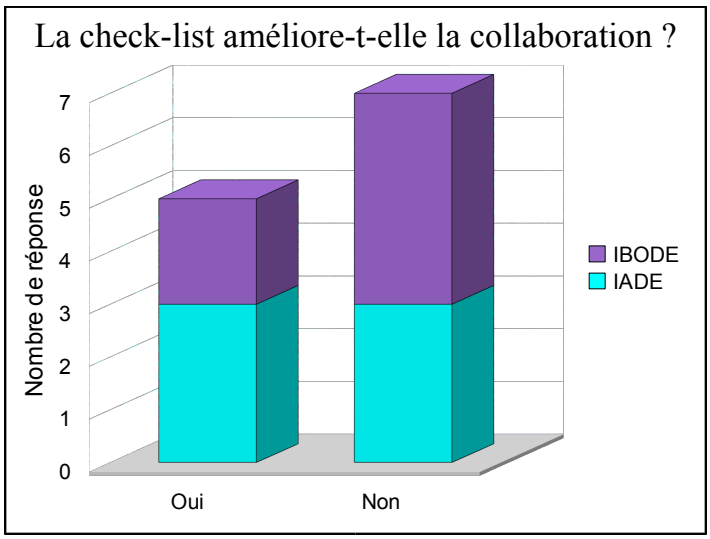
Chacun affirme que les informations essentielles ont toujours été divulguées à leurs collègues et ce malgré les discordances d'équipe. La check-list leur permet d'éviter quelques répétitions quand elles interrogent le patient. Dans un souci de ne pas majorer le stress du patient, ils consultent la check-list et vérifient que les items ont bien été cochés.
Pour une IBODE la check-list a même été délétère dans ses relations de travail car elle a créé un conflit d'équipes. En effet le caractère obligatoire et imposé de la check-list a « *augmenté la charge de travail* » et a renforcé *« un sentiment d'infériorité »* vis à vis des IADE, me dit-elle.
Une IBODE m'explique que la confiance en l'autre est plus importante que le fait de remplir une feuille et que ce sont les qualités humaine et l'ambiance de travail qui améliorent la communication.

Néanmoins une IADE et une IBODE ont trouvé que la check-list avait amélioré la communication. Pour ces deux personnes le temps de pause avant incision est un réel gain de sécurité et permet de rassembler toutes les informations autour du patient.
Pour elles la check-list a facilité la communication et la collaboration.
Pour une d'entre elles l'item sur les antibiotiques est une information supplémentaire qui améliore la prise en charge du patient. Et enfin il est rapporté par l'IBODE que la communication s'est bonifiée avec les chirurgiens orthopédistes.

3-3 Vers un changement de la collaboration

Question 10 : Favorisant la communication diriez vous que la check-list a permis d'améliorer la collaboration interprofessionnelle au bloc opératoire ?

Au vu des réponses de la question précédente j'ai reformulé cette dernière en supprimant la forme affirmative. Ainsi j'ai posé la question : Diriez-vous que la check-list a permis d'améliorer la collaboration interprofessionnelle au bloc opératoire ?



La lecture de ce tableau montre que les réponses sont mitigées. Par ailleurs je n'ai pas constaté de différences dans les réponses entre les deux sites interrogés, malgré leurs disparités d'organisation.

Nous constatons que sept interviewés sur douze pensent qu'il n'y a pas d'amélioration de la collaboration depuis la mise en place de la check-list. Les sept personnes expliquent ce constat par un manque d'investissement de la part du corps médical. Elles regrettent que les chirurgiens ne prennent pas possession de cet outil qui est « *autant pour nous que pour eux* ». Dans l'ensemble très peu de chirurgiens demandent à réaliser la pause avant l'incision.

Deux IBODE me disent que la sécurité est l'affaire de tous et trouvent dommage de remplir la première partie de la feuille sans la présence des chirurgiens.

Il est intéressant de noter que personne ne cite l'investissement ou le non investissement du médecin anesthésiste dans la gestion de la check-list.

Deux IBODE se sentent désinvesties dans l'application de la check-list. Elles me disent rencontrer des difficultés pour se faire entendre lorsqu'elles demandent les informations manquantes. Parfois même « *on se fait envoyer balader* » me rapportent-elles.

Une IBODE voit en cet outil « *une paperasserie de plus* » et considère qu'elle n'est pas dans le soin lorsqu'elle remplit cette feuille.

Par ailleurs cinq personnes sur douze considèrent qu'il y a eu une amélioration de la collaboration depuis la mise en place de la check-list.

Pour trois personnes l'outil en lui-même permet de rassembler l'équipe autour du patient, et « *il n'est pas rare qu'un collègue se soucie de savoir si la feuille a déjà été commencée* ». Parmi elles, deux IBODE trouvent que depuis l'application de la check-list il y a eu une meilleure cohésion d'équipe. De plus elles constatent que ce changement est visible. La sécurité est présente partout, on se sent plus investi me déclarent-elles.

Pour une IADE et une IBODE les chirurgiens orthopédistes sont davantage impliqués dans l'utilisation de la check-list. Pour elles ce sont les seuls qui demandent réellement à faire un point avant leur incision. Elles expliquent cet investissement par la spécificité de cette discipline qui se localise sur les membres et sur les nombreuses positions et changements de positions. Tout ceci contribue à augmenter le risque d'erreur de coté. Par ailleurs il semblerait qu'implicitement les chirurgiens diplômés depuis peu soient plus attentifs et assidus quant à l'application de la check-list.

Une IADE décèle une augmentation de la vigilance de chacun depuis la mise en place de cette liste, mais elle trouve les modifications de comportement subtiles et difficiles à expliquer. Il s'agit plus d'une « *attention permanente exercée par tout le monde* » me dit-elle. Ainsi elle trouve que la collaboration s'améliore à travers la sécurité.

Conclusion concernant l'hypothèse.

Au vu de ces résultats nous pouvons dire que les interviewés définissent la collaboration comme un travail d'équipe où la communication est importante. Dans l'ensemble ils trouvent que leur travail s'effectue en bonne collaboration et que la notion d'entraide est importante en péri-opératoire.

Mais ils considèrent que depuis l'application de la check-list la communication a été peu modifiée entre les IADE et les IBODE, tandis que la collaboration interprofessionnelle autour de cette check-list est en cours.
L'hypothèse retenue n'est donc pas validée : il n'y a pas de passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Analysons maintenant les données récoltées lors des entretiens. Pour cela nous allons mettre en lien les différents résultats obtenus qui seront développés autour de trois thèmes : les soins au bloc opératoire, la sécurité du patient et enfin le travail en collaboration. Nous nous appuierons sur la partie théorique du cadre conceptuel et sur l'émergence de nouveaux concepts pour étayer notre réflexion.

Troisième partie

Analyse de l'enquête

Chapitre 1 : Les soins au bloc opératoire

Le soin et le prendre soin sont des concepts individuels et collectifs. Chacun s'approprie ces notions en lui insufflant des valeurs qui lui sont propres, le but étant d'aboutir à une qualité de soin englobant une communication, une dextérité et des connaissances, ainsi que le développement des attitudes et des comportements en adéquation avec les soins.
Nous allons voir dans ce chapitre comment les soins au bloc opérations sont conceptualisés, influencés par l'environnement et comment ils peuvent alors être organisés.

1-1 Une conception divergente entre IADE et IBODE

Le soin et le prendre soin sont des concepts très généraux parfois difficiles à définir. L'approche culturelle et cognitive du prendre soin est pourtant bien décrite par les personnes interrogées. L'attention portée à autrui, le confort physique et moral engendré par des aptitudes relationnelles, la rigueur des soins, sont les bases du prendre soin de qualité et ont été très bien exposés.

L'enquête fait ressortir deux approches du prendre soin suivant que l'on est IBODE ou IADE (question 1). En effet nous pouvons remarquer que les IBODE ont une description du prendre soin plus globale. Ainsi dans leur conception du prendre soin, la prise en charge globale du patient sous-entend des relations avec celui-ci mais également avec les différents intervenants de soin. Elles collaborent, tracent et ont une pratique soignante qui s'inscrit dans un contexte organisationnel. Le fait que les IBODE fassent le lien entre le service de stérilisation, les chirurgiens, le cadre du bloc, les IADE et les nombreux autres intervenants, montre bien qu'elles gèrent et coordonnent l'activité de la salle d'opération. En ce sens elles rejoignent la conception du prendre soin du Docteur en santé publique W. HESBEEN, pour qui la pratique soignante est une mise en

œuvre cohérente et complémentaire des diverses ressources d'une équipe, afin de porter une attention particulière au patient.

Pour les IADE, nous constatons que la conception du prendre soin est plus restrictive. En effet leur définition de cette notion est davantage une description d'actions de soins plutôt qu'une prise en charge globale. Elles rassurent, sécurisent, calment la douleur et réchauffent les patients. Par l'utilisation de ce vocabulaire nous remarquons qu'elles désignent les actes par lesquels on soigne et de ce fait elles rejoignent la pensée du psychologue JL. FOUCHARD où l'attention du soin est perçue dans une dimension sécuritaire et rassurante. Ainsi pour les IADE le prendre soin est avant tout une succession de soins.

Cette divergence du concept de prendre soin peut être expliquée par la formation des deux spécialisations. Dans les arrêtés de formation nous constatons déjà une différence de vocabulaire et des objectifs d'application bien distincts.

La vision globale de l'IBODE est insufflée tout au long de son référentiel de compétences[95]. Ainsi elle gère l'activité des soins en les organisant et les coordonnant, ce qui demande un travail d'équipe incluant les divers intervenants. Nous constatons que le champ de compétences de l'IBODE est très large et qu'il implique fortement la notion de gestion.

Le concept de soin des IADE est lui aussi implicitement décrit dans le décret de compétences. En effet nous remarquons que celui-ci fait une description des actes pour lesquels sont habilités les IADE. Ainsi l'IADE « *accomplit les gestes lié à l'AG, l'ALR(...), accomplit les soins liés à l'anesthésie (...), réalise les gestes techniques*

95 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifiés au Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre I, Chapitre I, Articles L4311-11.

(...).»[96] Nous constatons que l'IADE a un champ de compétences qui est très technique et cloisonné à l'anesthésie.

Cette divergence de point de vue peut donc s'expliquer, du moins en partie, par la formation et les champs de compétences spécifiques. Ainsi apparaît une divergence de points de vue : même si la finalité du prendre soin est une attention bienveillante pour le patient, il n'en reste pas moins que la manière d'y parvenir diffère.

1-2 L'influence du lieu sur la prise en charge

Le bloc opératoire a une organisation qui nécessite à la fois une grande souplesse et une rigueur absolue. C'est un lieu de passage. Il interagit avec les unités de soins, les urgences et influence le fonctionnement de celles-ci, mais aussi en subit les aléas. De son fonctionnement dépend la réalisation des interventions, la réservation du matériel, la gestion des ressources humaines... La technicité toujours croissante des interventions rigidifie le fonctionnement du bloc opératoire, tout en développant le pôle attractif de l'établissement. Cet univers sous pression est pourtant un haut lieu de flexibilité. Ainsi se « font et se défont » les programmes opératoires. La mobilisation du personnel autour de l'opération montre la complémentarité des compétences professionnelles. Ainsi Ivan SAINSAULIEU, sociologue, nous fait remarquer que « *la communauté se nourrit d'un engagement individuel libre, intense et satisfaisant par ses exigences variées, par la réactivité demandée et par le niveau de performance. L'implication forte n'est donc pas synonyme de sacrifices en soi, mais elle facilite l'organisation.*»[97]

96 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifiés au Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre I, Chapitre I, Articles L4311-12

97 SAINSAULIEU Ivan, **La communauté à l'hôpital,** in Esprit Critique, Volume 10, N°1, Automne 2007 disponible sur http://www.espritcritique.fr/dossiers/article.asp?t03code=64&varticle=esp1001article04&vrep=1001, consulté le 26/03/11.

Apparaissent alors deux notions dans l'organisation d'un bloc opératoire : la rapidité et l'efficience. Par la notion d'efficience il faut comprendre « *la qualité d'un rendement permettant de réaliser un objectif avec l'optimisation des moyens engagés.*»[98] Ces deux concepts influent sur la prise en charge des patients au bloc opératoire.

L'enquête a montré que la notion de temps est très importante pour le personnel soignant (question 2). Ainsi l'accueil est l'instant le plus important dans la relation de soin avec le futur opéré. Il apparaît aussi que celle-ci est plus intense. En peu de temps il faut donc se présenter, poser les questions de sécurité et établir un lien de confiance. Cette rapidité de contact doit renforcer les critères de sécurisation au détriment d'un accueil plus chaleureux. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les programmes opératoires sont « bousculés » par les urgences. C'est, entre autre, par ce critère de temps que les interviewés constatent que leur travail est très différent de celui des services.

Par ailleurs le fait de rencontrer le patient dans son histoire où il se sent le plus vulnérable contribue à renforcer l'acuité ce cette relation. En effet la prise en charge d'un patient au bloc opératoire le situe dans un contexte de grande angoisse et de peur pour lui, pour son devenir, pour ses proches. Ce site est donc le théâtre de tous les ressentis les plus profonds. En ce sens il est un lieu unique où le prendre soin se révèle être en fait une prise en charge selon la définition de W. HESBEEN, pour qui la connotation objétisante et déresponsabilisante de la prise en charge s'applique donc dans ce contexte de vulnérabilité et d'anesthésie.

Ensuite la technicité du lieu influe sur la prise en charge. En effet ce pôle technique et complexe dans sa structure implique une notion de danger. Nous avons vu dans le cadre conceptuel les différents risques encourus par les patients au bloc opératoire. L'enquête montre (questions 2, 4 et 5) une concordance dans la description de ce plateau technique et de son caractère à risques. Ainsi cette notion de risque tend à

98 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Efficience, consulté le 22/03/11.

renforcer le caractère sécuritaire de l'accueil du patient au bloc opératoire et relègue au second plan une prise en charge individualisée. L'anonymat du personnel et l'impersonnalité des sas d'accueil contribuent à rendre le premier contact entre soignant/soigné difficile.
La gestion du matériel renforce le sentiment d'exercer un métier très diffèrent de celui enseigné dans les IFSI (Institut de Formation en Soin Infirmier) et pratiqué dans les services de soins.

1-3 L'influence de l'organisation sur la réalisation des soins en commun

L'organisation de travail définit l'ensemble et la division des tâches de chaque professionnel et en donne la répartition. Il s'agit là d'un concept général qui vise à optimiser l'efficacité du personnel. Elle définit également les relations hiérarchiques, les obligations réglementaires, les responsabilités. Néanmoins, il n'existe pas une seule et bonne méthode pour travailler efficacement en équipe. La pertinence de celle-ci dépend des objectifs à atteindre, des contraintes existantes et des caractéristiques de l'équipe. Ainsi l'organisation de travail donne un cadre de référence sans lequel celui-ci serait difficile. Dans ce concept général nous avons vu dans le cadre conceptuel de cette étude différentes formes de travail basées sur la collaboration. Il ressort de l'enquête menée des différences d'organisation qui vont influencer la réalisation des soins au bloc opératoire.

Les soins aux bloc opératoire sont organisés et réalisés essentiellement par le personnel infirmier, qu'il soit IADE ou IBODE. Chaque spécialisation possède un rôle qui lui est propre et un rôle qui se rattache aux soins infirmiers. Nous avons vu que certains soins pouvaient être réalisés en binôme. En effet les soins effectués au moment de l'accueil, que ce soit la vérification sécuritaire, le respect du jeûne, les concordances administratives, l'installation (…), appartiennent au rôle propre des IADE et des IBODE. Ainsi le croisement de discipline et d'action de soin doit majorer le sentiment d'équipe et d'appartenance à la profession infirmière. Or d'après les résultats de l'enquête

(question 3), ce sentiment dépend de l'organisation, et donc des relations de travail qui en sont dépendantes.

Sur le premier site interrogé l'organisation est très cloisonnée. Chaque IADE et IBODE évolue dans son domaine de compétences sans pour autant réaliser les soins communs en binôme. Leurs explications font ressortir que l'organisation du bloc ne leur permet pas de se détacher du temps au même moment. Ainsi chacun effectue son travail en parallèle de l'autre. La communication est succincte et se limite aux échanges d'informations sécuritaires. Cette organisation se réfère donc à la pluridisciplinarité. En effet elle réunit en un même lieu les différentes disciplines et permet de réaliser les soins de manière à prendre en charge le patient, sans pour autant favoriser les échanges et les synergies. Les IADE et les IBODE évoluent dans un même champ de compétences sans effectuer les soins en commun qui leur sont imputables. De plus le fait de signaler qu'il n'y a pas de soin en commun entre IADE/IBODE renforce cette idée de cloisonnement et de dissociation de compétences. Il y a donc ici une perte de l'identité infirmière en faveur de la compétence spécifique. « *Le terme identité dans sa dimension collective fait une place importante aux jeux d'alliance et d'opposition, aux représentations, aux valeurs qui fondent et régulent l'action collective. »*[99] On note dans cette structure une faible volonté de connaître l'autre et de vouloir travailler ensemble. Chacun se renferme sur les tâches qu'il a à accomplir en oubliant ce qui le lie à l'autre : le socle des soins infirmiers.
En somme cette organisation de travail insiste davantage sur les relations de discipline et de pouvoir, sur les limites des domaines de compétences que sur les liens de coopération, donc sur ce qui divise plutôt que sur ce qui unit.

Sur le deuxième site interrogé l'organisation se rapproche d'un travail en coopération. En effet les personnes interrogées ont décrit beaucoup de soins réalisés en commun (accueil, installation, transfères ...) en exposant une forte notion d'entraide et

99 AMBLARD H.,BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., **Les nouvelles approches sociologiques des organisations,** Troisième édition augmentée, Paris, Seuil, 2005, p 51.

de collaboration. Ces deux concepts sont les fondements de la coopération. D'après le sociologue Christophe DEJOURS nous pouvons proposer la définition suivante « *la coopération ce sont les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune.* »[100] Dans cette définition nous relevons plusieurs dimensions. DEJOURS C. nous explique que la notion de *liens* associe les agents entre eux, implique des relations d'inter-compréhension, d'interdépendance et d'obligation. *Construisent* signifie que ces liens ne sont pas donnés, ils sont le résultats d'une construction humaine. *Volontairement* renvoie non seulement à l'intentionnalité d'une action mais aussi à la formation d'une volonté collective. L'*œuvre commune* renvoie à la distinction entre travail et œuvre, l'activité est finalisée et menée de bout en bout par un sujet ou par un collectif. Ainsi la coopération est ici ce qui fonde un collectif de travail. Dans cet établissement hospitalier la volonté d'entraide et les soins traités en collaboration sont très présents, renforçant les liens de la coopération.

Conclusion

Dans ma problématique de départ je sous-entendais que la performance des soins entre IADE/IBODE se renforçait lorsqu'ils sont réalisés en commun. Ainsi les soins dont la compétence est partagée devaient être plus performants. On peut être amené à penser que la collaboration est accentuée à partir du moment où la compétence partagée est réelle et où chaque soignant connaît les limites de l'autre. Or il apparaît que les soins en commun sont accomplis de manière plus harmonieuse dans un contexte d'entente et de coopération que dans le cadre strict de la pluridisciplinarité. Ainsi la performance de cette collaboration dépend de l'organisation de travail et de la volonté de chacun.

100 DEJOURS C., **La coopération et construction de l'identité en situation de travail**, Disponible sur http://multitudes.samizdat.net/Cooperation-et-construction-de-l; consulté le 26/03/2011.

Chapitre 2 - La mise en sécurité du patient au bloc opératoire

La sécurité dans les blocs opératoires ne peut correspondre ni à l'absence de risque, ni même à la réduction complète de la prise de risque. La sécurité maximale est recherchée par l'identification et le traitement de ceux-ci. L'application de la check-list de l'HAS pour améliorer la sécurité du patient se met en place depuis un an et nécessite quelques aménagements pour être adoptée par l'ensemble des acteurs.
Nous allons voir dans ce chapitre comment la sécurité du patient est dépendante de l'IBODE et quels sont les freins à l'application de la check-list. Enfin nous terminerons par l'évaluation de l'impact des pratiques sécuritaires depuis l'application de cet outil.

2-1 L'IBODE : garante de la sécurité et de l'application des procédures

Les procédures de sécurisation au bloc opératoire sont nombreuses et sont mises en place pour assurer la sécurité et la qualité des soins. La vigilance de chaque soignant permet de limiter la survenue d'accidents, qui sont d'ailleurs souvent précédés d'incidents et résultent de l'association d'erreurs ou de défaillances humaines, individuelles ou collectives, et d'erreurs latentes liées à l'organisation. Chacun est donc un des maillons dans la chaine sécuritaire.

En analysant les réponses de la question 4 de l'enquête nous pouvons dire que les procédures de sécurisation de la salle d'opération sont connues et appliquées. Néanmoins il ressort que les IBODE ont une description des protocoles plus généralisée que les IADE. En effet elles ont mentionné les procédures de sécurisation en faisant le lien entre les différentes notions d'hygiène et de sécurité. Elles décrivent leur rôle dans la gestion des désinfections des surfaces et la filtration de l'air, dans la surveillance et la traçabilité du matériel ainsi que sur les mesures de déplacement du personnel en salle. Enfin elles mentionnent les procédures concernant directement le patient en assurant la

prévention des infections liées aux soins et du site opératoire par l'application des 100 recommandations pour la prévention des infections nosocomiales.[101] De ce fait l'IBODE joue un rôle dominant quant à la sécurisation de la salle d'opération.

Les IADE ont quant à elles décrit les procédures de sécurisation du site d'anesthésie en expliquant la fiche d'ouverture de salle. Puis elles ont mentionné les protocoles des soins spécifiques aux gestes techniques, comme lors de la pose de voie veineuse, de sonde urinaire ou de gestion de la douleur. L'IADE a donc une vision des procédures de sécurisation en lien avec les soins techniques qu'elle réalise. La gestion globale du respect des procédures revient donc à l'IBODE. Ceci se confirme en regard du référentiel de compétences de l'IBODE où il est clairement mentionné qu'elle « *gère les risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire (...) applique et contrôle les procédures de désinfection et de stérilisation des dispositif médicaux.* »[102]

Par ailleurs il est intéressant de porter attention à l'ordre des réponses données. Spontanément la fiche FOSO a été citée en premier par quasiment toutes les personnes interrogées. S'ensuivent les procédures environnementales et de soins techniques. La check-list de l'HAS est citée en dernier. Il y a donc une hiérarchisation des réponses énoncées. En effet spontanément l'individu attribue un ordre de supériorité ou de priorité aux fonctions qu'il utilise tous les jours. Ainsi nous constatons que la mise en sécurité des sites (anesthésie et opération) est une priorité pour les IADE et les IBODE. Nous sommes en droit de penser que ces procédures sont intégrées complétement par le personnel, ceci étant aussi lié au fait qu'elles existent depuis longtemps. La check-list est une procédure récente, elle n'est donc pas encore reconnue comme essentielle et n'est de ce fait pas encore considérée par toutes les équipes comme prioritaire.

101 CLIN, 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/100_recommandations.pdf.

102 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, Op. Cit.

2-2 L'application de la check-list : les freins à l'émergence de l'outil

La check-list de l'HAS repose sur le partage d'informations au sein de l'équipe et des vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale. Elle engage les équipes chirurgicales et anesthésiques et demande une participation active des personnels soignants pour garantir la sécurité maximale au patient. Nous avons vu dans le cadre conceptuel que son application faisait partie des pratiques exigibles de la certification V2010.

D'après l'enquête (question 5) la check-list de l'HAS est appliquée dans 2/3 des interventions chirurgicales. Après un an de mise en place ce chiffre est plutôt encourageant mais l'objectif de 100% n'est pas atteint. Ceci est d'autant plus inquiétant que d'après les interviewées l'application de la check-list est en régression. Cette régression peut-être appréhendée suivant plusieurs points de vues.

Le manque d'appropriation de l'outil de la part du corps médical est la première explication citée. En effet le personnel infirmier déplore le manque d'investissement médical quant à son utilisation. Dans l'ensemble ce sont les IADE et les IBODE qui instaurent et demandent à remplir cette feuille. Il y a donc une résistance aux changements de la part du corps médical qui s'inscrit dans un paradoxe. En effet les chirurgiens sont conscients des risques encourus par leurs patients au bloc opératoire, et sont aussi conscients de la possibilité d'erreur. Néanmoins ils n'attachent que très peu d'intérêt à la check-list. Ceci est corroboré par l'enquête menée par l'HAS : *« elle montre une assez bonne mobilisation des médecins engagés dans l'accréditation ainsi qu'un sentiment d'acceptation globale du principe. Cependant, l'implication directe des médecins dans la réalisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » reste apparemment encore à améliorer. »*[103] Cette résistance au changement est une forme de conservatisme « *consistant à désirer et à tenter d'obtenir par diverses formes*

103 HAS, **Check-list et accréditation**, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1031621/check-list-et-accreditation, consulté le 28/03/2011.

de comportement d'opposition ou de préservation, le maintien du statu quo par aversion à l'incertitude. »[104] Ainsi la résistance au changement est donc l'action faite par les individus et les groupes quand ils reconnaissent une modification de leur pratique. Il s'agit d'un phénomène humain, inné, qui se rapproche de l'instinct de protection. Il se met en place lors de changements de situations. Christian DOUCET, consultant en management, nous dit que si « *tout le monde veut des améliorations, rares sont ceux qui acceptent le changement.*»[105] Le changement est générateur d'anxiété est engendre une certaine méfiance. Cette anxiété provient de la perte des points de repères antérieurs ou de l'appréhension à les voir disparaître. Il existe donc des mécanismes de résistance au changement : une résistance logique se met en place lorsqu'un rapport pouvoir/conflit entre en jeu, c'est à dire quand un changement devient bénéfique à un service dans une organisation d'une entreprise au détriment d'un autre service. Ici l'émergence d'une démarche de qualité imposée par la certification avec l'utilisation de la check-list se heurte à l'organisation du bloc opératoire. La sécurité pour le patient s'oppose à l'efficience du bloc opératoire dans un premier temps. « *Les chirurgiens sont toujours pressés et veulent aller vite, on n'a pas toujours le temps de faire la check-list correctement* », me disait une IBODE.

Il existe une résistance sociologique, lorsque le changement entre en conflit avec la norme du groupe. Les membres d'un groupe résistent aux changements quand ils croient que cela pourrait modifier les relations interpersonnelles et la coordination avec les autres groupes. Cette résistance sociologique est d'autant plus marquée à l'hôpital, où la hiérarchisation des pouvoirs est importante et les disciplines très cloisonnées. Cette résistance est majorée dans un contexte de remise en cause du modèle établi, les employés ont alors le sentiment que la manière dont ils travaillaient avant était mauvaise.

104 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Résistance_au_changement consulté le 27/03/2011.

105 DOUCET Christian, **Le facteur humain : la résistance au changement**, in Qualité références, N°29, Juillet 2005, p 55.

L'existence d'un outil similaire antérieur à la check-list de l'HAS, et qui continue d'être utilisé, entraine une confusion quand à l'utilité et la nécessité de cette nouvelle procédure de sécurisation. Cela contribue à faire régresser l'application de la check-list. En effet l'enquête a fait ressortir que sur le premier site un projet de suivi informatisé de sécurisation, appelé High 5s[106], a été mis en place depuis 2009. Ce projet initié par l'OMS a pour mission d'améliorer la sécurité des soins selon cinq grands problèmes de sécurité pour le patient à l'hôpital. Cet établissement est actuellement en train de tester en particulier la faisabilité d'un protocole sur la prévention des erreurs de procédures et de site en chirurgie sur une durée de cinq ans. Ainsi depuis janvier 2010 le bloc opératoire de ce site renseigne deux procédures de sécurisation relativement similaires, ce qui instaure une redondance et une répétition de tâches qui est mal vécue par le personnel. Le système informatisé prédominant sur la traçabilité papier de la check-list, le renseignement de cette dernière est donc relégué au second plan.

Par ailleurs l'enquête a mis en évidence que le renseignement de la check-list revenait dans son ensemble à l'IBODE. Les IADE quant à elles, lorsqu'elles la remplissent, sont plus spécifiquement investies dans la première partie. Cette répartition inégale des tâches administratives est souvent mal vécue par les IBODE. Il est vrai que celles-ci, en regard de leur référentiel de compétences, jouent un rôle important dans la traçabilité du matériel, sur le suivi des interventions et sur la sécurisation du site opératoire. Le peu de directives de l'HAS quant à la l'identité du coordinateur, mentionné comme étant « *le plus souvent un personnel infirmier* »[107], n'a pas contribué à favoriser la répartition des tâches. On a donc implicitement attribué à l'IBODE le renseignement de la check-list, que sa mise en place ait fait l'objet de réunions préalables ou non. Ainsi ce caractère imposé et obligatoire n'a pas permis aux IBODE de s'approprier cet outil et a renforcé un sentiment de « *gestion de paperasserie* » plutôt que de soignant.

106 Service de presse HAS, **Projet « High 5s »**, Communiqué de presse du 10/11/09, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_874042/projet-high-5s , consulté le 28/03/11.

107 Annexe 1, HAS, Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », Version 2010-02, Mode d'emploi.

La théatralisation des items à haute voix est parfois nuisible à la crédibilité de l'outil. Les IBODE demandent souvent le silence pour réaliser la check-list selon les attentes de l'HAS. L'énervement ou l'amusement des praticiens sur cette procédure conforte l'idée qu'elle n'est pas encore assimilée comme essentielle dans la gestion des risques. Il apparaît difficile de partager oralement les informations dans ce contexte. Par conséquent le peu d'intérêt du corps médical entraîne un sentiment de dévalorisation du travail effectué. Il y a là une influence sociale sur les pratiques de sécurisation exercée par le pouvoir médical. En effet l'influence sociale se définit comme « *une pression exercée par un groupe ou individu, sur chacun de ses membres aboutissant à lui imposer ses normes dominantes en matière d'attitude et de comportement.* »[108] Ainsi le renseignement de la check-list s'effectue de manière générale après avoir entendu les items et son approbation est souvent incomplète. De ce fait cet outil est perçu comme une tâche administrative qui ne contribue pas à une dynamique de sécurisation.

Le renseignement de la check-list doit par ailleurs être fait en présence de toute l'équipe médicale et paramédicale. Or d'après notre enquête (question 11) il n'est pas toujours évident d'obtenir la présence physiques des intervenants pendant les premiers contrôles sécuritaires. La gestion de la check-list est déléguée par le corps médical aux infirmiers. Nous avions remarqué dans la description des résultats de l'enquête qu'aucun médecin anesthésiste ne demandait à remplir cette fiche, ce qui révèle le peu d'intérêt porté à l'outil. Les chirurgiens sont souvent occupés entre deux interventions et délèguent cette fonction soit à l'interne de chirurgie soit à l'IBODE. Ainsi la notion de culture de sécurité et la notion de travail en équipe sont encore à améliorer.

108 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Influence_sociale, consulté le 28/03/2011.

2-3 L'impact des pratiques sécuritaires à travers la check-list

L'efficacité des check-list n'est plus à démontrer, bon nombre d'études internationales ayant fait le lien entre les procédures et le gain de sécurité. Ainsi lorsque l'on demande aux interviewés si pour eux la check-list améliore la sécurité du patient au bloc opératoire (question 6), les 2/3 répondent oui spontanément. Le même résultat est obtenu par l'étude du Centre Hospitalier Universitaire de Nice[109], avec un taux proche de 80%. Pour l'instant nous constatons une subjectivité des réponses, car il n'y a pas encore d'étude d'incidence entre la check-list de l'HAS et la diminution des évènements indésirables. Néanmoins nous constatons dans la question 7 de notre enquête que des situations potentiellement à risques ont été rencontrées par 1/3 des personnes. Ainsi l'événement porteur de risque existe, il n'est pas rare. Ce chiffre est aussi corroboré par l'étude de l'HAS de décembre 2010.[110]

Par ailleurs il est intéressant de remarquer que la discipline chirurgicale semble influencer l'application de la check-list. En effet l'orthopédie a été mentionnée dans notre enquête comme étant une discipline plus à risque d'erreur. Dans ce cas, les IADE et les IBODE ont tendance à être plus attentives et rigoureuses sur le coté à opérer. Il a aussi été rapporté que c'est dans cette discipline que le temps avant incision était le plus respecté.

En outre la verbalisation des items permet aussi de confronter « l'impression » à la « réalité ». En effet le fait d'entendre à haute voix les rubriques énoncées permet de prendre conscience des erreurs plus facilement. L'intérêt de la communication verbale est bien démontré.

---

109 DULBECCO Fabienne, **La check-list aux blocs opératoires du CHU de Nice**, Page web 24, **Rencontre HAS 2010** : Les check-list : effet de mode ou évolution culturelle ? disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/rencontres10_diaporamatr23.pdf, consulté le 28/03/2011.

110 CASASSUS Philippe, **Enquête après des médecins engagés dans l'accréditation,** page web 44, **Rencontre HAS 2010** : Les check-list : effet de mode ou évolution culturelle ? disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/rencontres10_diaporamatr23.pdf, consulté le 28/03/2011.

L'introduction de nouveaux critères de vérification, comme l'antibio-prophylaxie, apporte une notion de clairvoyance pour certaines IBODE. Ainsi elles gagnent en globalité dans leur prise en charge. Cela crée aussi un sentiment d'appartenance à l'équipe et au groupe. Le psycho-sociologue Roger MUCCHIELLI, nous dit que l'une des caractéristiques de l'équipe est *« l'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission mais au contraire, elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là valorisante. »*[111] Le sentiment d'appartenance à l'équipe est donc une notion importante dans la valorisation du travail. Ainsi certaines IBODE améliorent la perception de leur travail auprès de leurs collègues en diminuant le cliché « d'ouvreuse de boite et de secrétaire ».

D'autre part le gain de sécurité au bloc opératoire a surtout été renforcé, d'après les enquêtés, par l'utilisation d'autres moyens de prévention des risques. Ainsi les mesures telles que le bracelet identitaire et le marquage du côté à opérer sont considérées comme plus sécurisantes que la check-list. Il y a là une visualisation concrète des indicateurs permettant de montrer une discordance administrative ou de site opératoire.

Cependant l'amélioration de la sécurité est pour 1/3 des interviewés difficile à mettre en lien avec la check-list (question 6). Pour eux il n'y a pas ou peu d'amélioration des prises en charge depuis l'application de cet outil. Sur les quatre personnes qui ont cette opinion trois d'entre elles sont des IADE. Cette constatation et ce ratio sont corroborés par l'enquête du Centre Hospitalier Universitaire de Nice[112] dans laquelle 10% des IADE sont incertaines quant au gain de sécurité par rapport à l'outil. Cela implique deux pistes de réflexion.

111 MUCCHIELLI Roger, **Le travail en équipe : connaissance du problème,** ESF 4ième Editions, Paris, 1984, p 39

112 DULBECCO Fabienne, Op.cit.

Les IADE sont plus sceptiques sur l'utilité de l'outil et s'interrogent sur le lien entre la sécurité et la check-list. Pour elles il n'y a pas eu de modification de leur pratique sécuritaire depuis l'application de celle-ci. Ainsi elles me disent poser les mêmes questions qu'avant et réaliser les mêmes vérifications. Cela montre d'une part que la réalisation de la check-list n'est pas conforme aux attentes de l'HAS et d'autre part que la notion de standardisation n'est pas bien comprise. En effet dans la notion de standardisation ou de travail standard s'entend « *la réduction de la diversité des conduites et des comportements conformes aux normes.* »[113] En management elle vise à garantir la répétabilité des performances des opérations, ainsi qu'à éliminer les variations qui pourraient diminuer ces performances. Ainsi la standardisation du travail rend les anomalies visibles en détaillant les étapes et les tâches du processus standardisé considérées à cette date comme la meilleure façon de procéder. Dans cette démarche de standardisation apparaît l'intention de former tous les opérateurs de la même manière en s'appuyant sur un document et de ce fait de gagner en sécurité en limitant la variabilité des prises en charge. Le scepticisme des IADE porte aussi sur la notion de traçabilité. Elles s'interrogent sur le lien de causalité entre le renseignement de la check-list et la sécurité. Elles me font remarquer que pour elles il vaut mieux réaliser les vérifications que remplir une feuille sans avoir vérifié. Ainsi elles sous-entendent donc que la check-list n'est pas une fiche qui garantit la réalité des vérifications et inversement. Si la « *traçabilité des exigences consiste à documenter les actes exigibles dans une procédure* »[114] elle ne garantit pas l'aspect effectif de ce qui est renseigné. La check-list ne fait que formaliser ce qui doit être fait.

Les IBODE, elles, trouvent en cet outil une sécurisation supplémentaire. De ce fait ont-elles plus peur de l'erreur ? L'imputabilité de la faute leur est-elle implicitement attribuée ? Le fait que les IBODE gèrent et organisent l'activité opératoire met en avant leur responsabilité. Mais dans l'enceinte d'un bloc opératoire il est complexe et difficile d'identifier la cause d'un dommage ou d'une erreur. De ce fait la répartition de la

113 Dictionnaire Larousse, Standardisation, disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/standardisation, consulté le 2/04/11.

114 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Traçabilité, consulté le 2/04/11.

responsabilité s'étend à l'équipe. Néanmoins *« il apparaît que les magistrats ont tendance à considérer que la prévention des accidents est l'affaire de tous si bien que la responsabilité de toute personne qui pouvait empêcher l'accident est ainsi engagée, quelle que soit sa place hiérarchique au sein de l'équipe opératoire. »*[115] Par conséquent l'arrivée de cet outil de sécurité, même s'il apparaît dans un premier temps comme fastidieux, permet d'accroitre l'efficacité des vérifications sécuritaire. En ce sens les IBODE ont une garantie supplémentaire de vérification des conformités.

Enfin le concept d'imputabilité établit ici un lien de causalité entre la survenue d'un événement indésirable et la détection de cet événement par l'application de la check-list. Cette notion d'imputabilité est remise en cause par les interviewés (question 7). En effet IADE comme IBODE me disent que leurs pratiques de vérification sécuritaire n'ont pas changées. Ainsi la rectification d'événement porteur de risques était déjà effective avant cette procédure. Par conséquent il est encore difficile d'établir une relation entre des situations à risque et la check-list.

Conclusion

Il est indéniable que la sécurité du patient s'améliore grâce à l'utilisation de la check-list, même si nous ne pouvons pas encore étayer ce constat par des chiffres. Ma problématique de départ voulait démontrer que la sécurisation du patient était plus performante grâce à cet outil en rapprochant le binôme IADE/IBODE. Mais il s'avère que l'IBODE est en charge de la gestion des risques et du renseignement de la check-list, ce qui est fastidieux et prend beaucoup de temps, et cela ne contribue pas toujours à favoriser les relations. Malgré tout, les rapports IADE/IBODE sont dans l'ensemble plus sereins et cohérents depuis cet outil bien qu'il ne soit pas encore intégré complètement par le corps médical. Par conséquent la performance de la sécurisation par ce binôme est

115 DECROIX Germain, **IBODE : une responsabilité complexe,** article mis à jour le 22/03/2007, disponible sur http://www.macsf.fr/vous-informer/ibode-responsabilite-complexe.html, consulté le 2/04/11.

effective dans une organisation ayant établi d'autres moyens de sécurisation et où l'IBODE se sent totalement investie dans l'équipe. La standardisation des pratiques sécuritaires est donc en cours.

Chapitre 3 : L'influence du lien dans la collaboration

La collaboration des professionnels du bloc opératoire tend à être le moyen indispensable pour développer l'efficacité et l'harmonie des équipes au bénéfice de la sécurité et de la qualité des soins. Sa mise en place est parfois difficile.
Nous allons dans ce chapitre voir comment ce qui lie les soignants peut induire deux approches de travail différentes et comment la communication autour de la check-list peut être insuffisante. Puis nous terminerons en développant l'importance de l'engagement du personnel dans la collaboration.

3-1 Deux approches de travail : la coopération et la pluridisciplinarité

40% des personnes interrogées ont le sentiment de travailler en bonne collaboration. Mais qu'entendent-elles par bonne collaboration ? Pour elles ce concept se rapproche des notions développées par D. D'AMOUR où leur travail collectif aboutit à un résultat qualitativement supérieur et induit un sentiment de satisfaction de leur travail. En regard des questions 3 et 8 de notre enquête il est ressorti deux descriptions d'organisation de travail : un nouveau concept, la coopération, sur le deuxième site, alors que sur le premier site on reste dans une logique de pluridisciplinarité. Dans ces deux contextes la collaboration est mise en place mais se développe différemment.

Dans un contexte de coopération nous avons vu dans le premier chapitre de cette analyse que la volonté collective et les liens entre professionnels étaient importants, et le fondement même de ce concept. Dans une organisation de ce type les notions de collaboration et de coopération sont distinctes et complémentaires. Comme nous le fait remarquer Erwan BOUTIGNY lors de la conférence au congrès de l'Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), il existe une certaine proximité dans ces deux concepts, ce qui peut parfois entrainer une confusion. La

coopération se définit pour lui comme « *une organisation collective du travail dans laquelle la tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches, chacune de ces sous tâches est ensuite affectée à un acteur, soit selon une distribution parfaitement horizontale dans laquelle tâches et acteurs sont équivalents, soit selon une logique d'attribution en fonction des compétences particulières de chacun* » La collaboration s'entend en revanche pour lui par *« une situation de travail collectif dans laquelle tâche et but sont communs. Tous les acteurs travaillent sur les mêmes points. »*[116]Ainsi cette distinction conceptuelle repose sur la nature des opérations et la répartition des tâches. De ce fait au bloc opératoire, le collectif de travail va relever d'une logique de coopération et d'une logique de collaboration.

Nous voyons au travers de ces définitions que les concepts de coopération, de collaboration et d'équipe sont imbriqués et constituent les bases d'un travail collectif. Il ressort de notre enquête que la description du travail en collaboration se rapporte quasiment point par point aux caractéristiques de notion d'équipe et de coopération défini par les auteurs. En effet dans l'exposé de leur travail en coopération les interviewés ont mis l'accent sur plusieurs notions clés qui caractérisent ces concepts.

Tout d'abord ils définissent leur travail comme un travail d'équipe. Il y a sur ce site une forte volonté de vouloir travailler ensemble. Roger MUCCHIELLI dans son livre « Le travail en équipe »[117] nous donne une définition de cette notion : pour lui l'équipe est un petit regroupement de personnes constituant un groupe coopératif, qui est motivé par une tâche commune, solidaire, complémentaire, caractérisé par l'unité et qui aboutit à un esprit d'équipe. Ainsi ce groupe dit primaire est lié par le bloc opératoire et par la volonté de réaliser des soins efficaces en toute sécurité, et ce en effectuant une action d'équipe : la prise en charge globale du patient.

116 BOUTIGNY Erwan, **Coopération dans l'entreprise et compétence collective,** Congrès annuel de l'AGRH, Montréal 2004, disponible sur http://www.agrh2004-esg.uqam.ca/pdf/Tome3/Boutigny.pdf , consulté le 2/04/11, P 1329.

117 MUCCHIELLI Roger, Le travail en équipe : clés pour une meilleur efficacité collective, Issy-les-Moulineaux, ESF, 8° édition, 2002,194p.

L'esprit d'équipe est sur ce site perçu comme une caractéristique de solidarité et d'entraide péri-opératoire, il suscite donc un certain dynamisme. Dans cette structure l'équipe possède une cohésion qui se fonde principalement sur la qualité des liens d'appartenance au groupe. Chacun souhaite travailler en entretenant de bonnes relations et s'épanouir dans son travail.

La complémentarité des actions et des compétences constituent pour les membres de cette équipe un fort ancrage dans la description de leur travail coopératif. Il est important de rappeler que l'organisation du bloc repose sur la capacité à faire travailler ensemble des acteurs aux compétences différentes et issus de métiers ou fonctions distincts. Dans ce contexte la compétence collective apparaît en émergence de la coopération et de la synergie existante entre les compétences individuelles. La compétence collective est « *un processus dynamique de synergie de compétences individuelles, aboutissant à un résultat supérieur à la simple addition de compétences individuelles. »*[118] Grâce à cette synergie il y a bien une valeur ajoutée au travail et non une simple somme de tâches de travail. Si les auteurs et les praticiens valorisent la compétence individuelle, la compétence collective résultant d'une coopération est très rarement constatée et mesurée. Néanmoins le sociologue Guy LE BOTERF reconnaît qu'il y a compétence collective lorsque se manifestent « *des représentations partagées (...), une communication efficace (...), une coopération efficiente (...), un savoir apprendre collectivement de l'expérience. »*[119] Ainsi pour cet auteur la complémentarité des compétences aboutit à une compétence collective où chaque *« acteur est liée à la compétence des autres acteurs de la chaîne. Ce n'est que dans la mesure où chaque individu trouvera des compétences complémentaires aux siennes qu'il pourra pleinement mettre en œuvre ces dernières. »* [120]

Dans ce centre hospitalier la coopération est manifeste, ce qui crée une valeur ajoutée au travail et par conséquent améliore la sécurité et la qualité des soins. La complémentarité

118 BOUTIGNY Erwan, **Coopération dans l'entreprise et compétence collective,** Op.cit., p1332.

119 LE BOTERF Guy, **Ingénierie et évaluation des compétences**, Paris, Editions d'organisation, 3ème édition, 2001, p139.

120 Ibid, p 142.

du binôme IADE/IBODE est décrite ici comme une action positive, où les soins réalisés en commun procurent une synergie qui favorise donc la prise en charge globale du patient.

La communication est la troisième notion abordée par les interviewés. L'échange d'informations entre IADE/IBODE est important et contribue à augmenter la vision globale de leur prise en charge. Elle permet aussi d'organiser le travail en fonction des informations échangées. Au regard des éléments apportés par les personnes interrogées et en accord avec celles-ci, Guy LE BOTERF nous confirme que l'émergence de la coopération s'effectue lorsque les individus *« communiquent efficacement en utilisant un langage commun et lorsqu'ils partagent des informations dans les relations de confiance réciproque. »*[121] Le partage d'informations peut parfois s'effectuer par un simple regard, et cela suffit pour se faire comprendre sans ambiguïté. Cette communication non verbale ne peut se mettre en place que dans une organisation où les relations dans le groupe sont basées sur la confiance.

Nous faisons le lien maintenant avec la notion de confiance, avant dernier concept cité par les interviewés. Mais qu'est ce que faire confiance ? La confiance peut être analysée d'un point de vue rationnel (comme un choix raisonné), normatif (conforme à un label), d'intuition (croyance), ou basé sur l'engagement de la norme (éthique). Il s'agit d'une perspective rationnelle qui s'attend à ce que les actions d'autrui agissent conformément à ce qui était prévu dans une situation donnée. Ainsi lorsqu'il y a confiance on « *considère l'individu comme un acteur rationnel, prévisible, et sa rationalité est confortée par le fait que ses choix et ses actes sont gagnants, utiles. »*[122] Nous pouvons dire que la confiance dans un groupe est le « *premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue. »*[123] Roger MUCCHIELLI nous dit que la confiance s'établit dans

121 Ibid. p 141.

122 PRAX Jean-Louis, **Le rôle de la confiance dans la performance collective**, Texte de la conférence pour l'ouverture KMForum 2001, Porte de Maillot, Paris disponible sur http://www.polia-consulting.com/La-confiance.html, consulté le 12/04/2011.

123 MUCCHIELLI Roger, Op. Cit., p 40.

le groupe lorsqu'il y a une connaissance des principes éthiques de chacun - ainsi on peut prévoir les conduites de l'autre -, lorsqu'il y a un passé commun - ainsi plus on travaille ensemble plus la notion de confiance se développe -, et enfin en fonction de l'image (positive ou négative) que chaque membre se fait de ses partenaires. En somme la confiance crée l'unité d'une équipe et permet la coopération entre les acteurs. Elle se fonde sur l'observation et la connaissance de l'autre, sur la concordance entre les actions et les paroles. Dans cette structure la notion de confiance est développée et s'organise autour des soins afin de les réaliser en toute sécurité. Ce climat favorise les relations entre les acteurs et facilite le déroulement des interventions.

Enfin les interviewés ont mentionné dans leur travail une notion d'entraide péri-opératoire. Il s'agit là *« d'échange réciproque et volontaire de ressources et de services. »*[124] Cette aide mutuelle implique une coexistence entre IADE et IBODE, il y a donc un lien d'échange. Ainsi cette entraide permet d'apporter par ses actes une contribution au travail de l'autre. C'est à ce moment que la connaissance de l'autre et de ses impératifs professionnels prend de l'importance. Grâce à cette entraide le binôme IADE/IBODE se renforce, les actions menées sont plus fluides du fait de la reconnaissance du travail d'autrui.

Dans le contexte du premier site, où la collaboration est basée sur la pluridisciplinarité, les relations interprofessionnelles ne présentent pas la même synergie. Sur ce site nous avons constaté pour certains interviewés une absence de volonté pour travailler ensemble. Ainsi la base du travail collectif est difficile à mettre en place, ce qui amène à une conception du travail en équipe très restrictive. Dans cette structure il s'agit de faire travailler ensemble des individus sans les lier entre eux et sans apporter de dynamisme d'équipe. La notion de complémentarité s'effectue en additionnant la somme des tâches effectuées de manière dissociée (*les soins se succèdent et se précèdent*), il n'y a donc pas de création de compétences collectives. La

124 Encyclopédie libre Wikipédia, disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Entraide_(économie_politique), consulté le 15/04/2011.

communication est brève et s'articule autour des informations importantes pour la sécurité du patient. Nous avons vu dans le cadre conceptuel qu'un travail cloisonné et dissocié ne favorise pas la rencontre avec autrui et de ce fait n'établit pas un climat de confiance. Ainsi cela renforce la méconnaissance de l'autre et entretient les clivages. Enfin la notion d'entraide péri-opératoire se limite aux règles de l'éducation. En analysant cette manière de travailler nous voyons apparaître les freins à l'émergence d'un travail en coopération et d'interdisciplinarité décrits par M. FORMARIER, cité précédemment dans la cadre conceptuel. En effet nous sommes en présence d'une organisation disciplinaire et présentant une absence de volonté, ce qui amène à une simple collaboration.

En résumé, nous pouvons dire que les liens qui tissent les relations entre les IADE et les IBODE au bloc opératoire sont la base d'un travail en coopération. La coopération au sein de cette équipe de soins est dépendante d'un certain nombre de paramètres dont il faut tenir compte au quotidien. En effet l'aptitude et la capacité de faire travailler ensemble ce binôme aux personnalités différentes dans une unité de lieu et de temps est difficile à mettre en place. Ce collectif éphémère (quelques heures par jour) peut vite perdre en efficacité s'il apparaît des dysfonctionnements organisationnels.

3-2 Le manque de communication autour de la check-list

La communication au bloc opératoire permet d'établir des liens entre les individus afin d'organiser leur travail et ainsi de réaliser les soins pour lesquels ils sont engagés. Les échanges d'informations sont importants du fait de l'activité à risque. Nous venons de voir que la communication est en lien avec la notion de confiance. Rappelons que la communication « *s'appuie sur l'écoute, le respect, le souci de l'autre et la recherche de l'interactivité. Il s'agit bien dans ce cas d'une "mise en relation", d'une*

"mise en commun", d'un véritable dialogue au sein d'une communauté. »[125] Dans le cadre conceptuel nous avons mis en évidence que la mise en place de la check-list de l'HAS a entre autres pour objectif l'amélioration de la communication au sein des équipes. Or d'après les résultats de notre enquête (question 9) dix personnes sur douze ne trouvent pas d'amélioration de la communication depuis l'application de cet outil ou restent encore indécises. Nous allons tenter de comprendre la raison de ce constat plutôt édifiant.

Tout d'abord nous sommes en contradiction avec les objectifs de l'HAS. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que lors des rencontres HAS de décembre 2010 aucune évaluation de la communication n'a été faite. Nous assistons à un paradoxe : les études précédentes sur les check-list montraient sans équivoque le gain de communication, or l'HAS ne mesure pas son degré d'évolution, et de notre côté nous ne corroborons pas les résultats de ces études. Nous pouvons donc nous demander si l'HAS prend pour acquis l'amélioration de la communication ou bien si elle juge encore trop difficile d'évaluer les modifications de pratiques de communication au sein des équipes.

Justement les interviewés me disent ne pas avoir modifié leur manière de communiquer depuis la mise en place de cet outil. Pour eux les vérifications sécuritaires sont abordées à l'identique en posant les mêmes questions. Certes les items de la check-list sont relativement généraux pour ne pas avoir impliqué de nombreuses questions supplémentaires, mais leurs chronologies et surtout leurs mises en communs à haute voix sont très différentes des prises en charge antérieures. Nous sommes donc en mesure de nous demander si la réalisation de la check-list est bien conforme aux attentes de l'HAS. Nous soupçonnons une automatisation des comportements au cours de la pause préopératoire, en agissant machinalement sans que s'instaure une communication adéquate. Par ailleurs nous avons vu plus haut la difficulté de certaines

125 PUGIN Jean-Maurice, **Communication interne : les nouvelles donnes**, in Soins Cadre de Santé, n°61, Février 2007, p 15.

IBODE pour se faire entendre lors de la pause avant incision, le comportement médical n'incitant pas à créer un échange d'informations autour de cette procédure.

Par conséquent si l'application de la procédure n'est pas entièrement conforme, nous sommes devant un outil mal compris. Nous avons aussi vu précédemment que son renseignement était parfois chronophage et mal réparti au sein de l'équipe, et que celui-ci engendrait une surcharge de travail pour l'IBODE. Ainsi on peut se demander si la diffusion de cette procédure a été optimale. Mais comment présenter cet outil pour obtenir une application conforme aux attentes de l'HAS ? Nous sommes là dans le management pur de l'amélioration des pratiques, qui doit être mis en place par la direction de l'établissement et le cadre de santé. Il ressort de l'enquête à ce propos que pour le premier site l'application de la check-list a été imposée et rapidement mise en place. *« On nous a présenté cette check-list le lundi matin et dès le mardi il fallait la remplir »* me dit une IBODE. Il parait difficile dans ce contexte de s'approprier l'outil et d'en voir l'intérêt. Il est aisé de comprendre le mécontentement du personnel de cette structure. Pour le deuxième site sa mise en place a été précédée de quelques réunions expliquant l'intérêt et la procédure de renseignement. Par conséquent l'outil est plus à même d'être bien perçu et assimilé par l'équipe.

En conséquence nous pouvons dire que le manque d'information initial et le défaut d'accompagnement lors de la mise en place de la check-list n'a pas permis le renseignement conforme aux attentes de l'HAS. De ce fait il n'y a pas de modification de communication entre les intervenants. Le gain de sécurité pour le patient est donc paradoxal, les interviewés présentant l'outil comme plus sécuritaire mais ne développant pas la communication.

3-3 L'implication du personnel : gage de collaboration

La collaboration interprofessionnelle est un objectif à atteindre pour tous les établissements de santé. Celle-ci doit être une volonté institutionnelle organisée, ou du moins pensée et réfléchie, et doit se souder autour d'une dimension morale accessible à tous. La sécurité du patient comme valeur morale est un concept fort qui touche l'ensemble du personnel soignant. Ce concept potentiellement fédérateur se doit d'instaurer une logique coopérative entre les différents acteurs. Or d'après notre enquête (question 10) l'application de la check-list n'améliore pas significativement la collaboration. En effet sept personnes sur douze (58%), ne trouvent pas de modification notoire de leur collaboration en lien avec cet outil, que l'on soit dans une structure de travail en coopération ou en pluridisciplinarité. Il est donc difficile dans ce contexte de vouloir passer de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité. Voyons comment expliquer cette « stagnation » de la collaboration.

Tout d'abord nous constatons que le type d'organisation n'influence pas sensiblement la collaboration. Ainsi dans la structure présentant une forte coopération, la check-list n'a pas permis de renforcer les liens interprofessionnels et de ce fait n'a pas instauré le passage à l'interdisciplinarité. Il n'y a donc pas ou peu d'évolution dans les relations IADE/IBODE et infirmier(e)/médecin. Certes nous avons vu que dans un travail coopératif les liens entres individus sont déjà un élément important, mais alors sont-ils parvenus à leur paroxysme ? En effet les relations interprofessionnelles sont soumises à leur propre limite ; les affinités, la considération, l'altération de la confiance, le stress, la compétitivité … sont autant de freins à la pérennisation des relations dans le collectif.
Dans une organisation pluridisciplinaire le concept de sécurité n'a pas été suffisamment fédérateur pour améliorer significativement les relations du binôme IADE/IBODE.

Il apparaît clairement que le manque d'investissement de la part du corps médical vis à vis de cette check-list ne favorise pas l'apparition du dynamisme nécessaire pour rendre

cet outil efficace dans son intégralité. Pour l'instant cette fiche est portée par les infirmiers et surtout par les IBODE. Ainsi le personnel paramédical a eu l'impression d'être le seul à devoir se plier aux exigences de cette nouvelle règle de sécurisation. Nous nous heurtons ici à la culture médicale qui se fonde sur une transmission des savoirs de manière orale. A l'heure des procédures de certification, le passage d'une culture orale à une culture écrite ne se fait pas sans résistance. Par cette procédure nous assistons à une remise en cause de l'autorité médicale qui n'est pas encore entrée dans les mœurs. Il est encore difficile de questionner et de vérifier si le chirurgien a bien effectué les vérifications de sécurité. Nous espérons que l'exemple de l'aéronautique va être suivi et bientôt voir le jour au bloc opératoire. La période transitoire où les membres d'équipage hésitaient à questionner le commandant de bord fut brève. Elle a rapidement laissé la place à une culture « cockpit », plus portée sur l'échange d'informations et de vérifications communes. Afin de remédier à ce manque d'implication du corps médical, l'HAS vient de modifier la check-list 2011[126] en impliquant la responsabilité des médecins. En effet il leur est maintenant demandé de signer cette feuille, il est d'ailleurs rappelé que les vérifications doivent avoir été réalisées à haute voix et en présence de toutes les personnes concernées.

Ainsi il apparaît donc que l'évolution de la collaboration au bloc opératoire est dans les mains du corps médical. L'implication forte du personnel paramédical dans la réalisation des soins facilite l'organisation collective mais ne peut accéder à l'interdisciplinarité sans inclure la discipline médicale. Pour l'instant les acteurs de soins s'impliquent dans cette vérification, même si les paradigmes persistent : les tâches restent divisées et il n'y a pas de partage de responsabilité.

Pour terminer sur une note positive, rappelons que pour cinq personnes la collaboration s'est améliorée depuis la mise en place de la check-list. Leurs relations se sont renforcées et ont augmenté la cohésion de l'équipe. Il apparaît que le champ disciplinaire de l'orthopédie est le lieu le plus propice pour mette en place un collectif

126 Annexe 4

d'action autour de la sécurité. Nous pouvons espérer que cela fera « boule de neige » vers les autres disciplines. L'évolution des mentalités et le développement d'une culture sécuritaire écrite semble s'amorcer avec l'arrivée des nouveaux praticiens. La convergence de tous ces efforts tend à augmenter la collaboration.

Conclusion

La collaboration au bloc opératoire peut se présenter sous plusieurs formes. Je pensais démontrer une évolution de la collaboration en passant de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité, et c'est un nouveau concept qui apparaît, la coopération. Cette coopération au sein d'une équipe de soins au bloc opératoire est dépendante d'un certain nombre de paramètres dont il faut tenir compte au quotidien. La volonté et la conviction de la nécessité de coopérer doivent être le moteur de tous les acteurs de soins pour mener une prise en charge optimale des patients. Pour cela il faut établir des liens forts entre les individus afin d'obtenir un collectif de travail basé sur la confiance et la complémentarité des compétences. La communication dans l'équipe permet de mieux coopérer en créant un échange d'information verbal ou non verbal. Pour les binômes IADE/IBODE communiquer, informer, participer aident à clarifier les situations et à lever les incertitudes, ainsi qu'à donner du sens à ce qu'ils font. Pour autant la communication n'a pas été améliorée depuis l'arrivée de la check-list. La sécurisation du patient est effective mais le renseignement de cette procédure n'est pas conforme aux attentes de l'HAS. Le manque d'investissement de certains acteurs, voire même une certaine résistance face à ce nouvel outil ne vient-il pas simplement d'une mauvaise compréhension de la finalité de celui-ci ? Ainsi il me vient une nouvelle question de recherche en lien avec ce constat d'analyse : **en quoi, dans une logique de coopération, la standardisation des pratiques sécuritaires peut-elle être influencée par un acteur dominant au sein du groupe ?**

Conclusion

La sécurisation du patient au bloc opératoire est une priorité nationale. Les établissements de santé sont tenus dans le cadre de la certification V2010 d'établir et d'appliquer des règles et des procédures de gestion des risques. Malgré la vigilance et le professionnalisme des soignants, les accidents existent. La « check-list » de l'HAS s'inscrit comme un outil de prévention d'événements indésirables. Celle-ci repose sur le partage des informations au sein de l'équipe et des vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale. La coopération de tous les intervenants est indispensable pour « opérer le bon patient, au bon moment, au bon endroit ». La collaboration entre les IADE et les IBODE est importante au moment de l'accueil sécuritaire du patient. La check-list réunissant ces deux professionnels à cet instant clé, je me suis demandé en quoi cette procédure pouvait entrainer une collaboration plus performante entre les IADE et les IBODE.

Les disparités de prise en charge sécuritaire du patient au bloc opératoire m'ont amené à poser mon hypothèse. En effet il m'est apparu que la réactivité des équipes face à un événement potentiellement à risque varie suivant le type de collaboration interprofessionnelle. Les équipes présentant une forte collaboration étant plus à même de garantir la sécurité du patient, j'ai émis l'hypothèse que grâce à la check-list la collaboration passerait de la *pluri*disciplinarité à l'*inter*disciplinarité. Je souhaitais démontrer que le rapprochement du binôme IADE/IBODE autour d'un concept fédérateur (la sécurité) permettait de renforcer les liens d'équipe et de ce fait de créer une interdisciplinarité.

Mon enquête a été réalisée sous forme d'entretiens auprès de 6 IADE et 6 IBODE de deux établissements du département du Rhône, les sites ayant été choisis pour leur investissement dans la sécurisation du patient. Les réponses montrent que 2/3 des personnes interrogées renseignent la check-list tous les jours et pour chaque patient, ces données étant légèrement inférieures à celles de l'enquête récemment menée par l'HAS.

Le premier bilan est donc plutôt positif. Néanmoins notre enquête a montré que son renseignement n'est pas conforme aux attentes de l'HAS, une légère régression dans son application étant même constatée.

L'analyse des résultats ne permet pas de confirmer mon hypothèse. La qualité du lien entre professionnels étant un facteur déterminant dans l'évolution de la collaboration elle influence la pérennisation des relations d'équipe et donne lieu à différent collectif de travail. La collaboration a été décrite suivant deux concepts : la pluridisciplinarité et la coopération.
Dans un contexte pluridisciplinaire la check-list n'améliore pas la collaboration entre IADE et IBODE ; elle crée même quelques clivages, cette organisation cloisonnée n'étant pas propice à l'épanouissement des relations interpersonnelles. La check-list est perçue ici comme une formalité administrative supplémentaire.
Dans le contexte de coopération la volonté de travailler ensemble est très présente, ce qui favorise les liens entre soignants. L'application de la check-list conforte les liens entre IADE et IBODE, mais le passage en interdisciplinarité n'a pas eu lieu.

Le manque d'investissement du corps médical face à cet outil est le premier argument cité par les interviewés des deux structures. Cela entraine un désinvestissement du personnel infirmier pour son application. La gestion des risques doit être l'aboutissement d'un processus pluridisciplinaire dans lequel les professionnels exercent leur complémentarité. Cette complémentarité ne peut être effective que si toutes les disciplines se sentent impliquées dans ce processus, or ce n'est pas encore le cas.

L'HAS étant consciente de ce phénomène de résistance à la standardisation des pratiques sécuritaires, elle a donc fait évoluer cette procédure. La signature des chirurgiens et des anesthésistes est maintenant obligatoire, un rappel mentionnant la nécessité de réaliser les items à haute voix a été rajouté et enfin l'outil a été adapté à l'endoscopie.

La check-list considérée au départ comme une « bonne idée » est en passe de devenir un « standard de soins ».

Bibliographie

OUVRAGES

AMBLARD H.,BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., **Les nouvelles approches sociologiques des organisations**, Troisième édition augmentée, Paris, Seuil, 2005, 291p.

BLOUIN Maurice, BERGERON Caroline, **Dictionnaire de la réadaptation**, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 1997, 164 p.

FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljna, **Les concepts en sciences infirmières**, Paris, Edition Mallet conseil, 2009, 290p.

GOULET O, DALLAIRE C, **Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives ;** D'AMOUR Danielle, **la collaboration professionnelle : un choix obligé**, Chapitre 17, Quebec, Editions Morin, 2002, 446p.

GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle, **Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital**, Paris 1999, 212p.

HESBEEN Walter, **Prendre soin à l'hôpital**, Paris, Masson, 1997, 195p.

LE BOTERF Guy, **Compétence et navigation professionnelle**, Paris, Editions d'organisation, 1999, 328p.

LE BOTERF Guy, **Ingénierie et évaluation des compétences**, Paris, Editions d'organisation, 3ème édition, 2001, 539p.

MORIN Edgar, **Introduction à la pensée complexe**, Ed ESF, 1996, 158p.

MUCCHIELLI Roger, **Le travail en équipe : clés pour une meilleur efficacité collective**, Issy-les-Moulineaux, ESF, 8° édition, 2002, 194p.

MUCCHIELLI Roger, **Le travail en équipe : connaissance du problème,** ESF 4ième Editions, Paris, 1984, 108p.

NICOLET Martine, **L'infirmière anesthésiste**, Médecine-science, Flammarion, 2003, 223p

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRIERE, Soins infirmiers I, **Concept et théories, démarche de soins**, Paris, Masson, Edition 3, 249p

SAINSAULIEU Ivan, **L'hôpital et ses acteurs**, Appartenance et égalité, Paris, Editions BELIN, 2007, 267p.

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE diplôme D'ETAT (UNAIBODE), **Le métier d'infirmier(e) de bloc opératoire**, Paris, Masson 2° édition, janvier 2004, 209p

ARTICLES DE REVUES PROFESSIONNELLES

AMALBERTI R et collectif, **Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine**, in Etudes et résultats, N°584, juillet 3007,7p.

BAULIEU G. et al, **IADE et IBODE, deux infirmier(e)s au service du même patient**, in Interbloc, tome XXVIII, n°1, mars 2009, p 49-51.

BENOIST Loïc, **Prendre soin**, in Gestalt, N°26, juin 2004, p23-25.

BOILON Maryse, REVAULT Nicolas, **Ibode et Iade, des infirmier(e)s qui collaborent au bénéfice de l'opéré**, in Interbloc, Tome XXVI, N°1, Mars 2007, p39-44.

BOUTIGNY Erwan, **Coopération dans l'entreprise et compétence collective,** Congrès annuel de l'AGRH, Montréal 2004, consulté le 2/04/11, disponible sur http://www.agrh2004-esg.uqam.ca/pdf/Tome3/Boutigny.pdf, p 1327-1343.

CASASSUS Philippe, **Enquête après des médecins engagés dans l'accréditation,** page web 29-45, Rencontre HAS 2010 : Les check-list : effet de mode ou évolution culturelle ? disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201012/rencontres10_diaporamatr23.pdf

DECROIX Germain, **IBODE : une responsabilité complexe,** Article mis à jour le 22/03/2007, Disponible sur http://www.macsf.fr/vous-informer/ibode-responsabilite-complexe.html, consulté le 2/04/11.

DEJOURS C., **La coopération et construction de l'identité en situation de travail**, Mise en ligne Mars 1993, Disponible sur http://multitudes.samizdat.net/Cooperation-et-construction-de-l.

DOUCET Christian, **Le facteur humain : la résistance au changement**, in Qualité références, N°29, Juillet 2005, p 55-59.

DUFOUR Barbara, **L'interdisciplinarité : approche interdisciplinaire et soins les fondements de l'interdisciplinarité**, in Recherche en soins infirmiers, N°79, Décembre 2004, p4-11.

DULBECCO Fabienne, **La check-list aux blocs opératoires du CHU de Nice**, Page web 14-28, Rencontre HAS 2010 : Les check-list : effet de mode ou évolution culturelle ? disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201012/rencontres10_diaporamatr23.pdf,

DUMONTIER C, **La notion de risque en chirurgie : quand la complication est au coeur de l'information**, In Le courrier de colo-protologie, N°1, Mars 2002, p7-12.

ELLENBERG Eytan, **La gestion des risques à l'hôpital, quelques notions pour le cadre de santé**, In Soins Cadres, N°69, Vol 18, février 2009, p11-13.

FORMARIER Monique, **L'interdisciplinarité : La place de l'interdisciplinarité dans les soins,** in Recherche en soins infirmiers, N°79, Décembre 2004, p12-18.

FOUCHARD Jean-Louis, **Le soin entre acte et parole**, in Les cahiers de l'Actif, N°310-311, Mars 2002, p193-200.

MORIN Edgar, **Sur l'interdisciplinarité**, sur le site du Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires n° 2 - Juin 1994. Version du texte publié dans *Carrefour des sciences* , Actes du Colloque du Comité National de la Recherche Scientifique *Interdisciplinarité* , Introduction par François Kourilsky, Éditions du CNRS, 1990, disponible sur http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/bulletin/b2c2.htm

OCCELLI P et coll, **La culture de sécurité en santé : un concept en plein émergence**, in Risque & Qualité, N°4, vol IV, 2007, p 207-211.

PRAX Jean-Louis, **Le rôle de la confiance dans la performance collective**, Texte de la conférence pour l'ouverture KMForum 2001, Porte de Maillot, Paris, disponible sur http://www.polia-consulting.com/La-confiance.html, consulté le 12/04/2011.

PUGIN Jean-Maurice, **Communication interne : les nouvelles donnes**, in Soins Cadre de Santé, n°61, Février 2007, p 15.

RUFFIN Frédéric, **La communication**, Décembre 2003, disponible sur http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article83 , consulté le 27/08/10.

SAINSAULIEU Ivan, **La communauté à l'hôpital,** in Esprit Critique, Volume 10, N°1, Automne 2007 disponible sur http://www.espritcritique.fr/dossiers/article.asp?t03code=64&varticle=esp1001article04&vrep=1001, consulté le 26/03/11.

SICOT C, **Accidents en secteur opératoire : L'expérience du Sou Médical rapport annuels 1993-2002**, disponible sur http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr/congres2006/15_2006.pdf .

TAMBURINI S, **La check-list au bloc opératoire : entretien avec le Dr P.CABARROT**, in Responsabilité, N°36, Vol 9, Décembre 2009, p 8-11.

VERDAASDONK.E et al, **Requirements for the design and implementation of check-list for surgi cal processes,** in Surg Endosc, 2008, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/check-list_2009_biblio.pdf,

ORGANISMES

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ANAES, **Principe méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé**, Janvier 2003, 110p.

Haute Autorité de Santé, HAS, **Manuel de certification des établissements de santé V2010**, juin 2009, 99p.

Ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, **Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé : Etat des lieux et perpectives**, DRESS, In Etudes et recherches, N°89, Mai 2009, 74p.

Organisation Mondial de la Santé, OMS, **Alliance mondiale pour la sécurité des patients : Une chirurgie plus sure pour épargner des vies**, Juillet 2008, 25p.

Organisation Mondiale de la Santé, OMS, **Solutions pour la sécurité des patients : Pratiquer le bon geste chirurgical au bon endroit,** Volume 1, solution 4, Mai

2007, disponible sur http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsFRENCH.pdf/.

SITOGRAPHIE

Site officiel de la Haute Autorité de Santé, HAS, [En ligne] www.has-sante.fr

Site de l'encyclopédie libre Wikipédia, [En ligne] www.wikipedia.org

Site du dictionnaire Larousse, [En ligne] www.larousse.fr

Site de la Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français, [En ligne] www.macsf.fr

Site de l'Organisation Mondiale de la Santé, [En ligne] www.who.int/fr/

COURS

THRIBOULET Catherine, **Généralités sur l'anesthésie**, cours du 2 octobre 2009, Ecole d'infirmier anesthésiste de Lyon, Promotion 2009-2011.

Index des sigles

INDEX DES SIGLES

AFNOR – Association Française de Normalisation

AG – Anesthésie Générale

ALR – Anesthésie Locaux Régionale

ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CLIN – Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

FOSO – Fiche d'Ouverture de Salle d'Opération

HAS – Haute Autorité de Santé

HPST – Hôpital Patient Santé Territoire

IADE – Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE – Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IFSI – Institue de Formation en Soin Infirmier

IRM - Imagerie à Résonance Magnétique

MACSF – Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français

MAR – Médecin Anesthésiste Réanimateur

NF – Normes Française

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ORL - Oto-Rhino-Laryngologie

SNIA – Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

SSPI – Salle de Soins Post interventionnelle

Listes des annexes

Annexe 1 : Check-list HAS 2010 et mode d'emploi

Annexe 2 : Grille méthodologique d'élaboration d'enquête

Annexe 3 : Les questions des entretiens

Annexe 4 : Check-list HAS 2011 et mode d'emploi

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos 1

Introduction 5

I – PREMIERE PARTIE : Le cadre conceptuel 15

Chapitre 1 : Les soins infirmiers : le croisement des disciplines.....16

1-1 Être infirmier(e).....16

1-1-1 Qu'est ce qu'un infirmier 16
1-1-2 Le rôle propre de l'infirmier(e) 18

1-2 Le concept de soins infirmiers 19

1-2-1 La notion de soin 19
1-2-2 La notion de prendre soin.....21
1-2-3 La notion de compétences 23

1-3 Les infirmiers spécialisés aux bloc opératoire 24

1-3-1 L'infirmier(e) anesthésiste 24
1-3-2 L'infirmier(e) de bloc opératoire.....26

1-4 Soigner au bloc opératoire.....28

1-5 Le travail en commun de l'IADE et de l'IBODE : le croisement des disciplines 30

Chapitre 2 : La gestion des risques et la sécurité du patient au bloc opératoire 33

2-1 La notion de risque à l'hôpital 33

2-1-1 Définitions 33
2-1-2 Les risques à l'hôpital 35

2-2 La gestion des risques au bloc opératoire 37

2-2-1 Les risques liés à l'anesthésie 38
2-2-2 Les risques liés à la chirurgie 39
2-2-3 Les accidents au bloc opératoire 40

2-3 La prévention des risques.....41

2-3-1 Le management des risques 41
2-3-2 Les procédures institutionnelles de prévention des risques 42
2-3-3 Les procédures internationales 43

2-4 Les outils de prévention 44

2-4-1 La préparation du site d'anesthésie 44
2-4-2 La préparation du site d'opération 45

2-5 La mise en place de la check-list 47

2-5-1 Qu'est ce qu'une check-list 47

2-5-2 La genèse de la check-list ….47
2-5-3 De la check-list de l'OMS à celle de l'HAS ….48
2-5-4 les objectifs et le fonctionnement de la check-list de l'HAS ….49
Chapitre 3 : Travailler ensemble : la collaboration, de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité ….51
3-1 Qu'est ce que la collaboration ….51
3-1-1 Définitions ….51
3-1-2 Comment collaborer : l'importance de la communication.54
3-2 Les avantages et les freins de la collaboration ….56
3-2-1 Les bénéfices de la collaboration ….56
3-2-2 Les difficultés de la collaboration ….57
3-3 La collaboration au bloc opératoire : une approche pluridisciplinaire ….58
3-3-1 La notion de discipline ….58
3-3-2 La pluridisciplinarité.60
3-4 Vers une nouvelle approche de la collaboration : l'interdisciplinarité ….62
3-4-1 Qu'est ce que l'interdisciplinarité ….62
3-4-2 Les avantages et les freins du travail en interdisciplinarité ….64

II – DEUXIEME PARTIE : Des concepts à la réalité : l'enquête 68

Chapitre 1 : Construction et déroulement de l'enquête.....69
1-1 Le choix de la population.....69
1-2 Le choix des lieux.....69
1-3 Le choix de l'outil d'enquête et son élaboration 70
1-4 La réalisation des entretiens.....72
Chapitre 2 : les résultats concernant la problématique.....74
2-1 Le soin comme moyen de collaboration ….74
2-2 La sécurité du patient pour rendre la collaboration plus performante ….78
2-3 La check-list un gain de sécurité ?.....82
Chapitre 3 : les résultats concernant l'hypothèse.....87
3-1 La description du travail effectif.....87
3-2 L'évolution de la communication.....89
3-3 Vers un changement de la collaboration.....90

III – TROISIEME PARTIE : Analyse de l'enquête 94

Chapitre 1 : Les soins au bloc opératoire.....95

1-1 Une conception divergente entre IADE et IBODE ….....95

1-2 L'influence du lieu sur la prise en charge ….....97

1-3 L'influence de l'organisation sur les soins en communs.....99

Chapitre 2 : La mise en sécurité du patient au bloc opératoire ….....102

2-1 L'IBODE : garante de la sécurité et de l'application des procédures.....102

2-2 L'application de la check-list : les freins à l'émergence de l'outil.….....104

2-3 L'impact des pratiques sécuritaires à travers la check-list.....108

Chapitre 3 : L'influence du lien dans la collaboration ….....113

3-1 Deux approches de travail : la pluridisciplinarité et la coopération ….....113

3-2 Le manque de communication autour de la check-list.....….....118

3-3 L'implication du personnel : gage de collaboration ….....121

CONCLUSION 124

BIBLIOGRAPHIE….....127

INDEX DES SIGLES.....133

LISTE DES ANNEXES.....135

Annexe 1 : Check-list HAS 2010 et mode d'emploi.....Page I A III

Annexe 2 : Grille méthodologique d'élaboration d'enquête.....Page I A II

Annexe 3 : Les questions des entretiens.....Page I A II

Annexe 4 : Check-list HAS 2011 et mode d'emploi.....Page I A III

TABLE DES MATIERES.....136